

Uw voorwaarden voor 2019

Deze brochure bevat de polisvoorwaarden van de basisverzekering **Vrije Keus Polis** per 1 januari 2019.

Wij raden u aan deze brochure goed te bewaren.

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

Addendum ingaande 1 januari 2019 bij de verzekeringsvoorwaarden van - De Friesland Zorgverzekeraar Vrije Keus Polis

Artikel 2.7.3 wordt als volgt gewijzigd:

Aan de opsomming onderaan dit artikel wordt de volgende tekst toegevoegd:

- f. medisch specialistische zorg zoals genoemd in artikel 3.11;
- g. medisch specialistische revalidatie zoals genoemd in artikel 3.16.1.

De complete tekst van de opsomming wordt dan:

Er gelden omzetplafonds voor:

- a. de geestelijke gezondheidszorg zoals genoemd in artikel 3.7, voor gecontracteerde instellingen en vrijgevestigde (zelfstandige) psychiaters en psychotherapeuten;
- b. de gecombineerde leefstijlinterventie zoals genoemd in artikel 3.8.3;
- c. geriatrische revalidatie zoals genoemd in artikel 3.16.2;
- d. eerstelijns verblijf zoals genoemd in artikel 3.19;
- e. verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging), zoals genoemd in artikel 3.21.
- f. medisch specialistische zorg zoals genoemd in artikel 3.11;
- g. medisch specialistische revalidatie zoals genoemd in artikel 3.16.1.

Verzekeringsvoorwaarden vanaf 1 januari 2019.

De Friesland Zorgverzekeraar NV
Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 50884565

Inhoud

Verzekeringsvoorwaarden

1.	Algemene informatie	3
1.1	Voordelen voor alle verzekerden van De Friesland	3
1.2	Zorgaanbieders en vergoedingen	3
1.3	Klachtafhandeling	4
1.4	Verwerking aanmelding	4
1.5	Indienen van uw nota	5
1.6	Voorafgaande toestemming	6
1.7	Mijn De Friesland	6
2.	Algemene voorwaarden	7
2.1	Algemene bepalingen	7
2.2	Grondslag en dekkinggebied	7
2.3	Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven	7
2.4	Begin en einde van de verzekering	8
2.5	Herziening van premie of voorwaarden	11
2.6	Onterechte verzekering	11
2.7	Dekking	12
2.7.1	Omvang van de dekking	12
2.7.2	Restitutieverzekering	13
2.7.3	Gecontracteerde zorgaanbieders	13
2.7.4	Niet-gecontracteerde zorgaanbieders	14
2.7.5	Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is	14
2.7.6	Acute zorg	14
2.7.7	Betaling aan de zorgaanbieder	15
2.7.8	Eigen bijdrage	15
2.7.9	Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder	15
2.7.10	Buitenland	15
2.7.11	Dekkingsperiode	17
2.7.12	Terrorismerisico	17
2.7.13	Uitsluitingen	17
2.8	Eigen risico	18
2.8.1	Verplicht eigen risico	18
2.8.2	Vrijwillig eigen risico	18
2.8.3	Wanneer is het eigen risico niet van toepassing	18
2.8.4	Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	19
2.9	Premiebetaling	20
2.10	Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	22
2.11	Fraude	23
2.12	Geschillen	24
2.13	Verhaal op derden	24
2.14	Aansprakelijkheidsbeperking	25

2.15	Registratie persoonsgegevens	25
2.16	Klachten over formulieren	26
3.	Inhoud van de verzekering	27
3.1	Audiologische zorg	27
3.2	Bariatrische chirurgie (chirurgie bij overgewicht)	27
3.3	Beademing	28
3.4	Dialyse	29
3.5	Erfelijkheidsonderzoek	30
3.6	Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)	30
3.7	Geestelijke gezondheidszorg	34
3.8	Huisartsenzorg	38
	3.8.1 Huisartsenzorg algemeen	38
	3.8.2 Preventieve voetzorg bij diabetes mellitus	39
	3.8.3 Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)	41
3.9	Hulpmiddelenzorg	42
3.10	IVF (in-vitrofertilisatie)	44
3.11	Medisch specialistische zorg algemeen	45
3.12	Mondzorg (tandheelkunde)	46
3.13	Oncologische aandoeningen bij kinderen	52
3.14	Paramedische zorg	52
	3.14.1 Diëtetiek	52
	3.14.2 Ergotherapie	53
	3.14.3 Fysiotherapie en oefentherapie	53
	3.14.4 Logopedie	55
3.15	Plastische chirurgie	56
3.16	Revalidatie	58
	3.16.1 Medisch specialistische revalidatie	58
	3.16.2 Geriatrische revalidatie	59
3.17	Transplantaties van weefsels en organen	60
3.18	Trombosezorg	61
3.19	Verblijf	62
3.20	Verloskundige zorg en kraamzorg	64
3.21	Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)	67
3.22	Ziekenvervoer	69
3.23	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	72
3.24	Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma	74
4.	Begripsomschrijvingen	75

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. ALGEMENE INFORMATIE

Deze verzekeringsvoorwaarden horen bij uw zorgverzekering bij De Friesland. Hierin kunt u opzoeken welke zorg wordt vergoed in de basisverzekering. Daarnaast leggen we o.a. uit hoe u eenvoudig een nota kunt indienen, hoe u opzoekt of een specifieke zorgaanbieder een overeenkomst met ons heeft en op welke manier u contact met ons kunt opnemen.

Deze voorwaarden kunt u ook vinden op onze website defriesland.nl. Hier vindt u daarnaast nog meer informatie over uw zorgverzekering en hebben we veelgestelde vragen alvast voor u beantwoord. Heeft u toch nog vragen? Bel dan gerust met ons of kom langs in een van onze servicepunten.

1.1 Voordelen voor alle verzekerden van De Friesland

U kunt bij De Friesland rekenen op goede producten tegen een scherpe premie. Maar ook willen wij u graag nog wat extra zorg en voordeel bieden. Zo hebben we Dokter Appke. Met deze app krijgt u snel en persoonlijk antwoord op uw gezondheidsvragen. Dit antwoord wordt verzorgd door een team van ervaren medisch verpleegkundigen en artsen van Medicinfo. Dokter Appke is er elke dag van de week en u kunt zowel appen als bellen. Ook hebben we met een aantal opticiens afspraken gemaakt waardoor u voordelig of met extra's een bril of contactlenzen kunt kopen. Kijk voor meer informatie over al uw voordelen bij De Friesland op onze website.

Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij De Friesland staan ingeschreven hebben vanaf de zesde maand van de zwangerschap recht op een gratis kraam-pakket. Dit bevat onder andere kraammatrasjes, kraamverband, steriele gasjes, watten enz. U kunt het kraampakket aanvragen via onze website of telefonisch bij onze Klantenservice.

1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen

1.2.1 Hoe weet u of bepaalde zorg vergoed wordt?

Wanneer u zorg nodig heeft, wilt u natuurlijk ook weten of De Friesland deze zorg vergoedt. Dit kunt u daarom gemakkelijk in de verzekeringsvoorwaarden en op onze website opzoeken. Heeft u toch nog vragen? Onze medewerkers helpen u graag verder.

1.2.2 Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor uw behandeling. En of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die u nodig heeft

door uw verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kunt u vinden in deze voorwaarden. Ook vindt u hier of er bepaalde voorwaarden aan de behandelaar worden gesteld.

1.2.3 Vergoeding voor medicijnen?

Wilt u weten of uw voorgeschreven medicijnen door De Friesland worden vergoed? Noteer dan de naam en registratienummer (ZI-nummer c.q. KNMP-nummer) van het medicijn en neem contact op met onze afdeling klantcontacten. Zij kunnen u vertellen of uw medicijn wel of niet vergoed wordt, of er een eigen bijdrage voor dit medicijn is die uzelf dient te betalen, en of er een machtiging voor dit medicijn nodig is.

1.2.4 Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoekt u informatie over zorgaanbieders waar De Friesland een overeenkomst mee heeft gesloten? Deze vindt u op onze website. Bij Zorgwijzer onder 'Zorgzoeker' kunt u een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op! Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren u daarom voordat u zorg nodig heeft altijd contact met ons op te nemen of op de website na te kijken of uw zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.

1.2.5 Wachtlijstbemiddeling

Per zorgaanbieder zijn er soms grote verschillen in de wachttijden voor zorg. Als u te maken krijgt met een lange wachttijd gaat De Friesland, als u dat wilt, voor u op zoek naar een andere zorgaanbieder waar u sneller geholpen kunt worden. Dit kan in uw regio zijn, maar ook daarbuiten. Wilt u van deze service gebruikmaken, dan kunt u contact opnemen met de wachtlijstcoördinator van De Friesland. Dit kan via onze website of telefonisch via telefoonnummer (058) 291 33 00.

1.3 Klachtafhandeling

De Friesland besteedt veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht zien wij als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. U kunt zowel schriftelijk als per e-mail uw klacht indienen. Na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een ontvangstbevestiging. Mocht de klacht over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet gaan, dan behandelen wij de klacht binnen zes weken. Mocht er meer tijd nodig zijn, dan ontvangt u hierover bericht. Wilt u meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden gaan wij nader in op de klachtenafhandeling. Daarnaast heeft De Friesland een speciale folder over klachten. U kunt deze downloaden op onze website of telefonisch aanvragen.

1.4 Verwerking van uw aanmelding

De administratieve verwerking van een aanmelding vindt binnen vijf werkdagen plaats. Voorwaarde is wel dat De Friesland over de juiste documenten beschikt die voor inschrijving nodig zijn.

1.5 **Indienen van uw nota**

U krijgt natuurlijk het liefst de beste zorg voor zo min mogelijk geregeld. Daarom hebben we met de meeste zorgaanbieders afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij De Friesland indienen. Nota's van zorgaanbieders waarmee

De Friesland (nog) geen contract heeft afgesloten worden meestal eerst door uzelf betaald. Daarna kunt u de nota bij De Friesland declareren. Dit kan op de volgende manieren:

- a. via onze gratis declaratie-app. Meer informatie hierover vindt u op onze website;
- b. online declareren via Mijn De Friesland. Meer informatie hierover vindt u op onze website;
- c. opsturen naar Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden of inleveren bij een van onze servicepunten.

Let op!

- a. Als u nota's digitaal heeft ingediend, moet u de papieren originele nota's nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.
- b. Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we u een kopie van de originele nota te maken voor uw eigen administratie.

Uw declaratie snel behandeld

Wij proberen uw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Zorgt u er dan wel voor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn en dat uw verzekerdennummer of Burgerservicenummer hierop duidelijk is vermeld.

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

Wij betalen alleen uit aan de verzekeringnemer

U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

Oude nota gevonden?

Heeft u nog een oude nota liggen? Dien deze dan zo spoedig mogelijk bij ons in. Nota's kunt u nog indienen gedurende maximaal drie jaar volgend op het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Twijfelt u wat voor uw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

1.6 Voorafgaande toestemming

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heeft u eerst voorafgaande toestemming van De Friesland nodig. Dit geldt voor sommige behandelingen, geneesmiddelen of aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3 bij het betreffende artikel vermeld. De Friesland probeert uw aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij uw aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

- a. uw naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdennummer;
- b. de aandoening die behandeld wordt;
- c. de aard van de behandeling of voorziening;
- d. de duur van de behandeling;
- e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.

Uw behandelend arts kan uw aanvraag voor u invullen.

1.7 Mijn De Friesland

U kunt als verzekeringnemer uw polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn De Friesland via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn De Friesland vindt u op onze website.

2. ALGEMENE VOORWAARDEN

2.1 Algemene bepalingen

- a. In deze voorwaarden bedoelen wij met 'u: u als verzekerde. Als wij met 'u' u als verzekeringnemer bedoelen, hebben wij dit expliciet vermeld.
- b. In deze voorwaarden bedoelen wij met De Friesland: De Friesland Zorgverzekeraar NV.

2.2 Grondslag en dekkinggebied

- a. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt alleen ingegaan op de voorwaarden van de Basisverzekering. Heeft u daarnaast een aanvullende verzekering bij De Friesland afgesloten dan kunt u hiervoor de betreffende verzekeringsvoorwaarden raadplegen. Voor de aanvullende verzekeringen zijn speciale verzekeringsvoorwaarden ontwikkeld.
- b. Deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor de Vrije Keus Polis van De Friesland Zorgverzekeraar, geldig in Nederland en in het buitenland.
- c. Deze verzekeringsvoorwaarden en de daarbij horende reglementen zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.
- d. De verzekeringsvoorwaarden moeten worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
- e. Mocht na het verschijnen van deze verzekeringsvoorwaarden blijken dat deze op enig onderdeel niet (meer) in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet, dan is de tekst van de Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving bindend. De verzekeringsvoorwaarden worden dan geacht zodanig te zijn gewijzigd dat zij wel in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet. De Friesland informeert u, zodra mogelijk, over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de verzekeringsvoorwaarden die uit deze bepaling voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de verzekeringsvoorwaarden kunt u raadplegen op onze website of wordt u op verzoek toegezonden.
- f. Voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de reglementen van De Friesland of naar andere bijlagen, dan gelden deze als onderdeel van de overeenkomst en zijn ze op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op onze website.
- g. Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing.

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

In deze verzekering kunnen verzekerden worden ingeschreven die verzekeringsplichtig zijn en wonen in Nederland of in het buitenland.

2.4 **Begin en einde van de verzekering**

2.4.1 **Aanmelden**

De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend of online ingevuld aanvraagformulier. Als het aanvraagformulier onvolledig of onjuist is ingevuld en desondanks door De Friesland is geaccepteerd, dan is de eerste premiebetaling de formele bevestiging van de aanvraag.

Wij schrijven u niet in zolang het adres dat u heeft opgegeven niet in de Basisregistratie personen (BRP) voorkomt of afwijkt van het adres waaronder u in de BRP staat ingeschreven. Dit geldt niet als een van de volgende situaties van toepassing is:

- a. u of de verzekeringnemer heeft een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift overgelegd waaruit blijkt dat u loonbelasting bent verschuldigd in verband met werkzaamheden in loondienst, verricht in Nederland of op het continentaal plat als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg. In deze verklaring dient de ingangsdatum van de dienstbetrekking te staan en de verklaring of het salarisafschrift mogen niet ouder zijn dan één maand;
- b. de verzekeringnemer heeft een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank overgelegd waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- c. u kan redelijkerwijs niet worden verweten dat het adres dat u heeft opgegeven niet in de Basisregistratie personen (BRP) voorkomt of afwijkt van het adres waaronder u in de BRP staat ingeschreven.

Ingangsdatum verzekering

De ingangsdatum van de verzekering is de dag waarop De Friesland de aanvraag heeft ontvangen. Deze datum wordt op het polisblad vermeld. In afwijking van deze hoofdregel geldt het volgende:

- a. Mochten er onduidelijkheden zijn, bijvoorbeeld over de verzekeringsplicht van de te verzekeren persoon, dan kan dit gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de verzekering. De Friesland zal u dan eerst om aanvullende informatie vragen. De verzekering gaat in dat geval in op de dag dat De Friesland alle benodigde informatie heeft ontvangen.
- b. Wanneer u op het moment waarop we uw aanvraag hebben ontvangen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent, dan kan de verzekering op uw verzoek op een later tijdstip ingaan.
- c. Als de zorgverzekering is ingegaan binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. U bent over deze periode premie verschuldigd.
- d. Als de zorgverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari of wegens het ten nadele van de verzekerde wijzigen van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de eerdere zorgverzekering is beëindigd.

Wat u verder moet weten

- a. De verzekeringnemer kan de aanmelding zonder opgave van reden binnen veertien dagen na ontvangst van het polisblad schriftelijk of per e-mail ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
- b. Als het CAK u bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet, kunt u de verzekering beëindigen binnen twee weken vanaf de datum waarop het CAK u van de verzekering in kennis heeft gesteld. U moet dan wel aantonen dat u binnen de periode genoemd in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet via een andere zorgverzekering bent verzekerd.
- c. Als de zorgverzekering ingaat in de loop van het jaar, dan wordt deze aangegaan voor de rest van dat kalenderjaar.
- d. De Friesland is niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten als:
 - u al krachtens een zorgverzekering bent verzekerd;
 - een eerdere zorgverzekering bij De Friesland is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding, fraude of enige andere vorm van wanprestatie jegens De Friesland of het niet betalen van de premie. Dit geldt voor een periode van vijf jaar onmiddellijk na beëindiging van de zorgverzekering.
- e. U ontvangt een polisblad in een door De Friesland vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en De Friesland gesloten verzekeringsovereenkomst.
- f. Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Basisregistratie personen (BRP) bepalend.

2.4.2 Beëindigen

Het opzeggen van de verzekering

U mag als verzekeringnemer uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. U ontvangt hiervan van ons een bevestiging. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- a. door gebruik te maken van de gezamenlijke opzegservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar;
- b. door u als verzekeringnemer. U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail, schriftelijk, per fax of telefonisch.

Wat u verder moet weten

- a. De verzekering eindigt automatisch op het tijdstip dat uw verzekeringsplicht eindigt.
- b. Bij overlijden, eindigt de verzekering automatisch de dag na het overlijden. Om de verzekering te kunnen beëindigen, moet De Friesland binnen 30

dagen na het overlijden hierover geïnformeerd worden.

c. De verzekering eindigt automatisch als De Friesland ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. In dat geval stelt De Friesland de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermeldt De Friesland de reden en de datum van beëindiging.

d. De verzekering eindigt automatisch als De Friesland zijn werkgebied wijzigt en u daardoor buiten het werkgebied van De Friesland komt te wonen. In dat geval stelt De Friesland de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermeldt De Friesland de reden en de datum van beëindiging.

e. Als verzekeringnemer kunt u tussentijds de verzekering van de verzekerde voor wie u als verzekeringnemer handelt opzeggen, als deze een andere zorgverzekering heeft afgesloten. De opzegging gaat in per de datum waarop de andere zorgverzekering is ingegaan. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging De Friesland voorafgaand aan die ingangsdatum heeft bereikt. Als De Friesland de opzegging later ontvangt, wordt de verzekering bij De Friesland beëindigd op de eerste dag van de tweede maand volgend op de dag waarop de opzegging is ontvangen.

f. De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, als de reden van opzegging een overstap van het ene collectief contract in verband met het dienstverband naar het andere collectief contract in verband met het dienstverband betreft. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

g. Nadat De Friesland u als verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en de incassokosten niet zijn voldaan de zorgverzekering niet opzeggen. Dit geldt niet wanneer De Friesland de zorgverzekering of de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst of opgeschort of wanneer De Friesland u binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

h. Als het CAK u bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet kunt u de verzekering niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden vanaf de ingangsdatum van de verzekering.

i. De Friesland kan uw verzekering per de ingangsdatum beëindigen als het CAK u bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet en achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was.

Bewijs van einde zorgverzekering

Als de verzekering eindigt, krijgt u van De Friesland een 'bewijs van einde zorgverzekering'. Op dit bewijs wordt de volgende informatie vermeld:

- a. naam, adres, woonplaats en Burgerservicenummer van de verzekerde;
- b. naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;

- c. naam, adres, woonplaats van de zorgverzekeraar;
- d. de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- e. of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja met ingang van welke ingangsdatum, voor welk bedrag en de in verband daarmee verleende korting;
- f. de reden van de beëindiging van de verzekering.

Overname machtiging door nieuwe zorgverzekeraar

Heeft u een geldende machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de medische beoordeling over en heeft u recht op de betreffende zorg volgens de bij uw nieuwe verzekeraar geldende verzekeringsvoorwaarden.

Heeft u een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 3.21 en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de nog geldende toekenningsverklaring over. Ook het aantal uren voor verpleging en verzorging neemt uw nieuwe verzekeraar over, volgens de geldende indicatie. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan bij uw nieuwe zorgverzekeraar anders zijn, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u daarom de toekenningsverklaring te bewaren zolang deze geldig is. Uw nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

De Friesland heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. De Friesland deelt deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten ten minste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premiegrondslag, kan de verzekeringnemer gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op! Ook als de wijziging in het nadeel van verzekerde is, kunt u als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van een aanpassing in de Zorgverzekeringswet met betrekking tot de inhoud van de verzekering zoals genoemd in hoofdstuk 3 van deze voorwaarden.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie, gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Heeft De Friesland binnen één maand na bekendmaking geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6 Onterechte verzekering

Als een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen en achteraf blijkt dat geen verzekeringsplicht heeft bestaan of dat deze inmiddels is geëindigd, dan vervalt de verzekeringsovereenkomst automatisch vanaf het moment van ingang of vanaf het moment waarop de verzekeringsplicht is geëindigd. In dat

geval bent u verplicht om de kosten die onterecht zijn vergoed vanaf de datum van beëindiging van de verzekering terug te betalen.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op vergoeding van zorg of diensten bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en - bij het ontbreken van een zodanige maatstaf - door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op vergoeding van een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op vergoeding van zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- b. tot 1 juli 2019 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- c. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- d. tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie,

voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°.

e. tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

f. van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;

g. tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

h. tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;

i. tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zoals hieronder genoemd onder 1°.

Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:

1°. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en

2°. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als:

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

2.7.2 Restitutieverzekering

De Vrije Keus Polis is een restitutieverzekering. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen.

2.7.3 Gecontracteerde zorgaanbieders

De Friesland maakt afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit, toegankelijkheid en toegangstijden en de rekening gaat rechtstreeks naar De Friesland. Als u kiest voor de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder, dan betaalt De Friesland 100% van de kosten. Er kan voor sommige vormen van zorg wel een eigen risico en/of een eigen bijdrage gelden.

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website onder **Zorgwijzer bij 'Zorgzoeker'**.

Voor enkele gecontracteerde zorgaanbieders geldt een omzetplafond. Dit betekent dat wij met deze zorgverleners een maximumbedrag hebben afgesproken dat in een kalenderjaar gedeclareerd mag worden. Als dit maximumbedrag is bereikt en de zorg nog niet is gestart, kan het voorkomen dat u niet meteen bij de gecontracteerde zorgaanbieder van uw keuze terecht kunt. In dat geval kunt u ervoor kiezen om op de wachtlijst van de betreffende zorgaanbieder te worden geplaatst. Wilt u meteen worden geholpen, dan kunt u contact opnemen met onze wachtlijstbemiddeling (zie artikel 1.2.5). Samen met u zoeken wij dan naar een passende oplossing. Er gelden omzetplafonds voor:

- a. de geestelijke gezondheidszorg zoals genoemd in artikel 3.7, voor gecontracteerde instellingen en vrijgevestigde (zelfstandige) psychiaters en psychotherapeuten;
- b. de gecombineerde leefstijlinterventie zoals genoemd in artikel 3.8.3;
- c. geriatrische revalidatie zoals genoemd in artikel 3.16.2;
- d. eerstelijns verblijf zoals genoemd in artikel 3.19;
- e. verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging), zoals genoemd in artikel 3.21.

2.7.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

U kunt ook kiezen voor zorgaanbieders waarmee De Friesland geen overeenkomst heeft gesloten. In hoofdstuk 3 is bij de verschillende vormen van zorg vermeld op welke vergoeding u in dat geval recht heeft.

Let op! Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, loopt u het risico dat u de kosten niet volledig vergoed krijgt. Ook kan het dan gebeuren dat u de rekening eerst zelf moet betalen. Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

2.7.5 Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is

U heeft op uw verzoek recht op de zorgbemiddeling van De Friesland. Als u in het kader van wachtlijstbemiddeling toestemming ontvangt om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, worden de kosten van de zorg na het indienen van de nota vergoed.

2.7.6 Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg (zorg die plotseling en onverwacht noodzakelijk is en niet kan worden uitgesteld) en u heeft gebruikgemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal

het bedrag dat gebruikelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden (marktconform tarief). Als deze situatie zich in het buitenland voordoet dient u zo spoedig mogelijk en zo mogelijk vooraf contact op te nemen met de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross. In artikel 2.7.10 kunt u meer informatie over de vergoeding vinden.

2.7.7 Betaling aan de zorgaanbieder

De Friesland mag in alle gevallen de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen. U heeft dan geen recht meer op betaling van deze kosten aan uzelf.

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

2.7.8 Eigen bijdrage

Als u volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

- a. door de zorgaanbieder aan u in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet of;
- b. in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan u betaalt of;
- c. bij u (verzekeringnemer) geïnd zoals aangegeven in artikel 2.7.7 van deze voorwaarden.

2.7.9 Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

Als een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd en u op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijft De Friesland de lopende behandeling vergoeden.

2.7.10 Buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

Tip: Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen.

Wonen of verblijven in een verdragsland

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heeft u naar keuze:

- a. aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag;
- b. aanspraak op vergoeding van zorg door een zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld, bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief. Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Tip: Uw zorgpas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland, voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren u van deze EHIC gebruik te maken als u in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door De Friesland wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. U moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kunt u de rekening indienen bij De Friesland. Met de kaart heeft u geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Gaat u naar Australië, dan moet u zich direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. U krijgt dan een medicare card, waarmee u kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal het wettelijke maximumtarief in Nederland zoals vastgesteld door de NZa. Als er in Nederland geen wettelijk maximumtarief is vastgesteld, bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief.

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- a. als u toestemming van De Friesland heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.

Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12.

E-mail: alarmservice@defriesland.nl.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de omrekenkoers zoals die geldt op de dag van de behandeling.

2.7.11 Dekkingsperiode

U heeft recht op vergoeding van de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een DBC (diagnose behandeling combinatie) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed.

2.7.12 Terrorismerisico

Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (NHT). Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

2.7.13 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. de eigen bijdrage die u bent verschuldigd op grond van de Wlz;
- b. de kosten van alternatieve geneeswijzen;
- c. declaraties als gevolg van keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in deze voorwaarden anders is bepaald;
- d. sancties opgelegd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- e. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- f. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- g. de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

2.8 Eigen risico

2.8.1 Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar.

Tip: Verwacht u uw verplichte eigen risico in het komende kalenderjaar volledig op te maken? Dan bieden wij u de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Kijkt u voor meer informatie op onze website of neem contact met ons op.

2.8.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt. Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van De Friesland een premiekorting. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-.

Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillige eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar aan De Friesland doorgeven.

2.8.3 Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- a. verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, NIPT of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
- b. het gebruik van huisartsenzorg. Preventieve voetzorg bij diabetes mellitus en de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vallen hier ook onder. Door de huisarts aangevraagd laborato-rium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
- c. nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in hoofdstuk 3 in het artikel Transplantaties van weefsels en organen, Inhoud zorg, onder d.;
- d. vervoer van de donor als bedoeld in artikel 3.17, Inhoud zorg, onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- e. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
- f. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet markt-ordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekosti-ging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
- g. verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in artikel 3.21;
- h. de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

- a. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.
- b. In die gevallen waarin u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor uw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
- c. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- d. Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt of ein-digt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast op basis van het werkelijk aantal dagen in het kalenderjaar.
- e. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalen-derjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalen-derjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.
- f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorg-aanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd. Heeft u nog een bedrag aan verplicht en/of vrijwillig eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden

verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

g. Als u (verzekeringnemer) het verplicht en/of vrijwillig eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen

2.9 Premiebetaling

Let op! Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

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

a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kunnen eventueel een collectiviteitkorting en korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

b. Zodra de collectieve overeenkomst waaraan de verzekeringnemer een premiekorting ontleent wordt ontbonden, vervalt ook het recht op de korting. Ook vervalt het recht op korting zodra u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot de collectiviteit. Wij controleren dit periodiek door middel van het voorleggen van uw naam, adres en woonplaats aan de contractspartner van de collectiviteit.

c. Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar. Een uitzondering hierop geldt wanneer u deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.

Let op! Als verzekeringnemer bent en blijft u zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als er bijvoorbeeld bij een collectief contract is afgesproken dat de premiebetaling door de werkgever wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

- d. U betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een acceptgiro of met een elektronische betaling.
- e. Bij vooruitbetaling per half jaar geldt een korting van 0,75% en bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de korting 2%. Deze korting wordt berekend over de verschuldigde premie. Als u (verzekeringnemer) de premie echter niet betaalt binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld, dan mogen wij u de premie weer per maand laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.
- f. Het is u als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van De Friesland te vorderen uitkering.
- g. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand herberekent De Friesland de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand.
- h. U bent geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. De Friesland benadert de minderjarige verzekerde ten minste vier weken voor zijn/ haar achttiende verjaardag met de vraag of hij/zij voor een vrijwillig eigen risico kiest. Als de verzekeringnemer of de verzekerde zijn/haar keuze niet aan ons doorgeeft, dan wordt de premie berekend op basis van een polis zonder vrijwillig eigen risico.
- i. Bij overlijden vindt naar rato verrekening of terugbetaling van de premie en het eigen risico plaats. Dit gebeurt met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was of, voor zover van toepassing, op de wettelijke vertegenwoordiger van die verzekerde(n).
- j. U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen veertien dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij een keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.
- k. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, biedt De Friesland deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.
- l. Als u als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eventueel andere verschuldigde bedragen, zoals eigen bijdragen, eigen risico en kosten, dan stuurt De Friesland u een schriftelijke aanmaning tot betaling binnen een termijn van 30 dagen. Als het bedrag niet binnen de gestelde termijn wordt betaald, kan De Friesland uw verzekering schorsen. Dit betekent dat de medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie niet meer worden vergoed. De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde bedragen te betalen. Als De Friesland besluit uw verzekering te schorsen, ontvangt u hiervan schriftelijk bericht.

m. Als u (verzekeringnemer) de premie niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen. Als De Friesland maatregelen treft tot incasso van een vordering, dan komen alle kosten van de invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door De Friesland zijn ontvangen. Als De Friesland overgaat tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst, dan gebeurt dit per de eerste van de maand volgend op de datum waarop de betalingstermijn genoemd in de finale aanmaning afloopt. Er zit minimaal een periode van veertien dagen tussen deze datum en de datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst.

n. Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met declaraties uit uw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

2.10 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

Naast een groot aantal rechten, zoals het recht op goede zorg, heeft u als verzekerde van De Friesland ook een aantal plichten. Verplichtingen die vaak nodig zijn om er voor te zorgen dat u de beste zorg krijgt en De Friesland zijn taken als zorgverzekeraar optimaal kan uitvoeren.

U bent als verzekerde verplicht:

- a. u bij het invoeren van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts, medisch specialist of paramedicus te vragen de reden van opname of behandeling op verzoek bekend te maken aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of de adviserend paramedicus van De Friesland. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet;
- c. aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus van De Friesland of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Dit is nodig in verband met de hierboven genoemde controles en fraudeonderzoek;
- d. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. door uzelf betaalde nota's binnen drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij De Friesland in te dienen;
- f. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als De Friesland hier om vraagt;
- g. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door De Friesland kan worden vastgesteld. De zorgverlener die u heeft behandeld, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke

arts of specialist) u heeft behandeld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:

- uw naam en geboortedatum;
- de behandeldatum;
- een omschrijving van de behandeling;
- kosten- en honorariumbedrag.

Als een nota in een andere taal is gesteld dan Engels, Duits, Frans, Spaans of Italiaans, dan kunnen wij u vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler.

De kosten hiervan komen voor uw eigen rekening.

Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn, bijvoorbeeld met een handtekening en/of een stempel.

Wat u verder moet weten

a. Als u gedetineerd raakt of uit detentie wordt ontslagen, moet u dit zo spoedig mogelijk schriftelijk of per e-mail aan De Friesland melden. Gedurende de periode van detentie bestaat onder deze polis geen dekking. De dekking loopt weer vanaf het moment dat de detentie is beëindigd.

b. U bent als verzekeringnemer verantwoordelijk voor het direct aan De Friesland doorgeven van alle feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de verzekering (kunnen) leiden. Als De Friesland op grond van die gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, ontvangt de verzekeringnemer hiervan direct bericht onder vermelding van de reden en de datum van beëindiging.

c. U bent als verzekeringnemer verplicht om binnen een maand aan De Friesland alle gebeurtenissen te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, bijvoorbeeld geboorte, einde deelname aan een collectief contract en overlijden.

d. U bent als verzekeringnemer verplicht De Friesland te informeren over de naam van de nieuwe zorgverzekeraar van de verzekerde, als in aansluiting op een verzekering bij De Friesland een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar wordt afgesloten.

e. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

f. Wanneer de belangen van De Friesland worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor u hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door De Friesland vergoed worden.

2.11 Fraude

Van fraude is sprake als op oneigenlijke gronden en wijze een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat wordt verkregen of geprobeerd wordt te verkrijgen. Onder fraude valt ook het verkrijgen of proberen te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Fraude heeft tot gevolg dat er helemaal geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden.

Bij fraude:

- a. doet De Friesland aangifte bij de politie;

- b. wordt uw verzekering beëindigd. Dit geldt ook voor eventueel bij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV en/of De Friesland Reisverzekeringen NV lopende (aanvullende) verzekeringen;
- c. vindt registratie plaats in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signaleringssysteem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.12 Geschillen

- a. Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, dan kunt u binnen een jaar nadat die beslissing u is meegedeeld. De Friesland vragen om de beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan de Geschillencommissie van De Friesland. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Ombudsman van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Via internet: www.skgz.nl en info@skgz.nl of telefonisch: (088) 90 06 900. De Ombudsman neemt uw klacht door en zoekt uit of er aanknopingspunten zijn om in de klacht te bemiddelen. Deze bemiddeling is voor u als verzekerde gratis. Als de Ombudsman geen bemiddelingsruimte ziet, kunt u de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de SKGZ. Als u een bindend advies van de Geschillencommissie van de SKGZ wilt ontvangen, bent u entreegeld verschuldigd. De SKGZ stelt voorwaarden aan uw verzoek voordat het in behandeling kan worden genomen. Voor de exacte voorwaarden verwijzen wij naar de website van de SKGZ: www.skgz.nl.
- b. U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst het geschil aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.13 Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie instantie. In geen geval mag u zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van

kwijting, waardoor De Friesland in zijn rechten kan worden geschaad. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht De Friesland de daardoor geleden schade te vergoeden.

2.14 Aansprakelijkheidsbeperking

De Friesland is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder waarvan u zorg in het kader van de zorgverzekering heeft ontvangen. De eventuele aansprakelijkheid van De Friesland voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgverzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van De Friesland zouden zijn gekomen.

2.15 Registratie persoonsgegevens

a. De Friesland is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea BV is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea BV behorende bedrijven:

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

Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en volgens de eventueel daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving

b. Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit op drie manieren melden:

- schriftelijk bij De Friesland, Postbus 270, 8901BB te Leeuwarden;
- via telefoonnummer (058) 291 31 31;
- via onze website.

c. Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen.

Voorbeeld: Als De Friesland uw rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die u behandelt, weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen.

Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

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

f. U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op de website (defriesland.nl/consumenten/privacy). Hierin staan de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

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

2.16 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door De Friesland gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als u een dergelijke klacht heeft, kunt u deze in eerste instantie bij De Friesland indienen. Als u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht door De Friesland, kunt u uw klacht daarna bij de NZa neerleggen. Op de website van de NZa (nza.nl) kunt u zien hoe u dit kunt doen. De NZa doet uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan De Friesland verplicht is zich te houden. U kunt uw klacht sturen naar:
Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017

3502 GA Utrecht.

E-mail: info@nza.nl.

3. INHOUD VAN DE VERZEKERING

3.1 Audiologische zorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik hiervan en de psychosociale zorg. Dit laatste kan nodig zijn in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een audiologisch centrum.

Een audiologisch centrum is een zorginstelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, kinderarts, triage audicien of keel-, neus- en oorarts.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.2 Bariatrische chirurgie (bij obesitas)

Inhoud zorg

Als u 18 jaar of ouder bent heeft u bij een BMI hoger dan 40, of bij een BMI hoger dan 35 met comorbiditeit (het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen), recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaande uit voorbehandeling voor indicatiestelling, operatieve behandelingen en nazorg gedurende ten minste een jaar.

U heeft uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van deze ingreep wanneer u aan alle indicatievoorwaarden voldoet zoals beschreven in de relevante en geldende richtlijnen van de beroepsgroep. De indicatie dient te worden gesteld door middel van een voortraject met uitgebreide voorlichting en multidisciplinaire screening door een bariatrisch chirurg, internist, diëtist, psycholoog en obesitasverpleegkundige. Verder dient de behandeling gekoppeld

te zijn aan een multidisciplinair nazorgtraject van minimaal een jaar, door dezelfde disciplines als hiervoor genoemd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een operatie dient te worden uitgevoerd door een in deze chirurgie gespecialiseerde chirurg (bariatrisch chirurg). Voor- en nazorg dient te worden verleend door een gespecialiseerd, multidisciplinair team, met ten minste een internist, diëtist, psycholoog en een obesitasverpleegkundige.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.3 Beademing

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, medisch noodzakelijk verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt, dan bestaat de zorg uit:

- a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Wie mag deze zorg verlenen

Een beademingscentrum dat op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.4 Dialyse

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van niet-klinische hemodialyse en peritoneaal dialyse, en de hierbij horende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of thuis. Deze zorg kan gecombineerd worden met onderzoek, behandeling, verpleging en de voor deze behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf en van personen die u helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Onder thuisdialyse is ook begrepen:

- a. de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren of daarbij behulpzaam zijn;
- b. bruikleen van de hemodialyse- of peritoneaaldialyseapparatuur met toebehoren;
- c. de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
- d. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- e. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse;
- f. vergoeding van de kosten die redelijkerwijs nodig zijn voor noodzakelijke aanpassingen in en aan de woning en van het herstel in oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- g. vergoeding van de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen en waarin andere wettelijke regelingen niet voorzien.

Wie mag deze zorg verlenen

Een dialysecentrum dat op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Toestemming vooraf

Voor de kosten van noodzakelijke aanpassingen in en aan de woning heeft u voorafgaande toestemming van De Friesland nodig.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.5 Erfelijkheidsonderzoek

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- b. de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.
- c. onderzoeken bij andere personen, als dit noodzakelijk is om u te adviseren. Aan deze personen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.6 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

a. Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt. In bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering wordt het recht op een aantal geneesmiddelen beperkt tot de in die bijlage genoemde

indicaties. Bijlage 2 is te raadplegen via onze website Bijlage 2 is te raadplegen via onze [website](#). Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via wetten.overheid.nl.

Op vergoeding van welk geneesmiddel heeft u recht

U heeft niet automatisch aanspraak op vergoeding van alle merken geneesmiddelen. U heeft recht op vergoeding van een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Controle van de overheid garandeert dat alle (merken) geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat u vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder geneesmiddel van een ander merk bent aangewezen. Wanneer uw arts bepaalt dat dit medisch strikt noodzakelijk is, heeft u recht op vergoeding hiervan. Wilt u, ondanks dat hier geen medische noodzaak voor bestaat, toch dat u een duurder merkmiddel ter hand wordt gesteld? Dan heeft u recht op vergoeding van maximaal het bedrag dat De Friesland voor het goedkoopste adequate middel had betaald. In dat geval betaalt u dus altijd een deel van het geneesmiddel zelf, bovenop het eventueel verschuldigde verplichte en/of vrijwillige eigen risico.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

Ook heeft u recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Bij rationele farmacotherapie gaat het om geneesmiddelen die in de apotheek zijn bereid of geneesmiddelen die op verzoek van uw arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet. Verder kan het gaan om geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Vooraf aanvragen

Er is voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland nodig.

c. Dieetpreparaten

U heeft recht op vergoeding van de kosten van dieetpreparaten en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die deze aan u ter hand stelt, als u niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft, of;

- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft, of;
- u op een dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

Let op! Kinderen tot twee jaar met een koemelkeiwitallergie hebben uitsluitend recht op vergoeding van een dieetpreparaat als de diagnose is gesteld na een eliminatieperiode en nadat een Dubbelblinde Placebo Gecontroleerde Voedsel Provocatietest (DBPGVP) heeft plaatsgevonden. Een jaar na de diagnose moet worden vastgesteld of nog steeds sprake is van een koemelkeiwitallergie.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m c. verlenen

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

Een apotheekhoudend huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend geneesmiddelen te leveren.

Dieetpreparaten mogen daarnaast ook worden geleverd door een medische speciaalzaak die SEMH-gecertificeerd is.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apotheekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan u ter hand stelt.

Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, polikliniekbezoek of in verband met ontslag uit het ziekenhuis mag uitsluitend worden verleend door het ziekenhuis.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- farmaceutische zorg die is uitgesloten op grond van de Regeling zorgverzekering;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40 lid 3 onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen die bedoeld zijn in artikel 40 lid 3 onder e van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- alternatieve (genees)middelen.

Voorschrift

Er is een voorschrift nodig van degene tot wiens vakgebied de behandeling behoort. Dit kan zijn de huisarts, de behandelend medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Voor dieetpreparaten is een advies van de diëtist ook toegestaan. Voor de anticonceptiepillen en insuline geldt dat deze na de eerste periode van levering opnieuw voor de maximale termijn aan u kunnen worden geleverd zonder dat daarvoor een nieuw voorschrift nodig is.

Vooraf aanvragen

Voor de levering van dieetpreparaten heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland nodig, als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Leveringstermijnen

Per voorschrift heeft u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een maximale periode.

De volgende perioden zijn van toepassing:

- a. vijftien dagen als het voor u nieuwe medicatie betreft;
- b. vijftien dagen als het gaat om een acute aandoening die met antibiotica moet worden bestreden;
- c. een maand als de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1000,- bedragen;
- d. drie maanden voor geneesmiddelen waarmee een chronische aandoening wordt behandeld (te bepalen door de voorschrijver), met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende een periode van meer dan drie maanden geldt voor deze geneesmiddelen per voorschrift een periode van ten hoogste zes maanden;
- e. twaalf maanden voor orale anticonceptiva (de pil);
- f. een maand in alle andere gevallen.

Er kan een andere afgifteperiode gelden als dit doelmatig en medisch gezien verantwoord is. Het kan bij nieuwe medicatie bijvoorbeeld doelmatiger zijn de kleinste verpakking van een geneesmiddel te leveren, als die het meest past bij de gewenste afleverduur.

Geneesmiddelen geleverd in een baxterrol/weekdoseersysteem worden voor minimaal veertien dagen geleverd. Als deze termijn niet doelmatig of medisch verantwoord is, kan een kortere leveringstermijn gelden.

Eigen bijdrage

Sommige geneesmiddelen zijn ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage met een maximum van € 250,- per kalenderjaar. Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekenen wij deze eigen bijdrage als volgt: $\text{€ } 250 \times (\text{het aantal dagen van het kalenderjaar waarop de basisverzekering heeft gelopen of zal gaan lopen}) : 365 = \text{het bedrag van de eigen bijdrage}$, afgerond op hele euro's. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering zijn in onderdeel A de geneesmiddelen genoemd waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via wet.ten.overheid.nl.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

3.7 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

3.7.1 Generalistische basis GGZ

Inhoud zorg

De zorg bestaat uit diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. U heeft vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op deze zorg als u een psychische stoornis heeft in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

In de generalistische basis GGZ kunnen internettoepassingen onderdeel van de behandeling vormen als u dit wilt. Dit kan in de vorm van professionele begeleide zelfhulp, e-mailcontact met een hulpverlener of webcamcontact.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een vrijgevestigde klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, GZ-psycholoog of psychotherapeut.
- b. Een GGZ-instelling, voor zover de hoofdbehandelaar een van de volgende zorgaanbieders is:
 - gezondheidszorgpsycholoog;
 - klinisch (neuro)psycholoog;
 - psychotherapeut;
 - specialist ouderengeneeskunde;
 - klinisch geriater;
 - uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch: verpleegkundig specialist ggz;
 - Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd;
 - NVO orthopedagoog-generalist, voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd.

De regiebehandelaar is degene die belast is met de regie van de behandeling en o.a. de diagnose stelt, het behandelplan opstelt, regelmatig contact onderhoudt met eventuele nevenbehandelaars en bepaalt wanneer de behandeling wordt afgesloten. U dient gedurende uw behandeling minimaal eenmaal een face-to-face contact met uw hoofdbehandelaar te hebben, zodat deze een juiste diagnose kan stellen en zijn regietaak kan uitvoeren.

Een gezondheidszorgpsycholoog moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een klinisch (neuro)psycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch (neuro)psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een psychotherapeut moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een klinisch geriater moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP is een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Een NVO orthopedagoog-generalist is een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
- b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of u wordt overgedragen van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.7.2 Gespecialiseerde GGZ

Inhoud zorg

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zonder verblijf

De zorg bestaat uit diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. U heeft recht op deze zorg vanaf de leeftijd van 18 jaar. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ook heeft u recht op vergoeding van de bij de behandeling horende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en wondverzorgingsmiddelen.

Psychiatrische ziekenhuisopname

U heeft vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar. De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet in combinatie met verpleging en verzorging. Verder vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en wondverzorgingsmiddelen, gedurende de periode van verblijf.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een vrijgevestigde psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.
- b. Een GGZ-instelling, voor zover de regiebehandelaar een van de volgende zorgaanbieders is:
 - psychiater/zenuwarts;
 - klinisch (neuro)psycholoog;
 - klinisch geriater;
 - psychotherapeut;
 - arts verslavingszorg;
 - gezondheidszorgpsycholoog;
 - specialist ouderengeneeskunde;
 - verpleegkundig specialist ggz;
 - Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd;
 - NVO orthopedagoog-generalist., voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd.

Let op! Voor de gezondheidszorgpsycholoog, de verpleegkundig specialist en de arts verslavingszorg geldt dat deze werkzaam moeten zijn in een instelling en deel uitmaken van een periodiek MDO (overleg met meerdere zorgverleners betrokken bij de behandeling) waarbij ten minste een psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut aanwezig is.

De regiebehandelaar is degene die belast is met de regie van de behandeling en o.a. de diagnose stelt, het behandelplan opstelt, regelmatig contact onderhoudt met eventuele nevenbehandelaars en bepaalt wanneer de behandeling wordt afgesloten. U dient gedurende uw behandeling minimaal eenmaal een face-to-face contact met uw regiebehandelaar te hebben, zodat deze een juiste diagnose kan stellen en zijn regietaak kan uitvoeren.

Een psychiater/zenuwarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een GGZ-instelling is een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

Een klinisch (neuro)psycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch (neuro)psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een klinisch geriater moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een psychotherapeut moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een arts verslavingszorg moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een gezondheidszorgpsycholoog moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP is een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Een NVO orthopedagoog-generalist is een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
- b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Toestemming vooraf

Als u een behandeling met verblijf wilt ondergaan in een instelling waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de opname toestemming voor hebben verleend. Het aanvraagformulier kunt u vinden op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of u wordt overgedragen van de basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.8 Huisartsenzorg

3.8.1 Huisartsenzorg algemeen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Onder huisartsenzorg wordt ook begrepen daarmee samenhangend door of namens de huisarts aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, huisartsendienstenstructuur of een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/verpleegkundig specialist/physician assistant die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. Het plaatsen van een spiraal mag ook worden gedaan door een verloskundige.

Een huisarts is een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een huisartsendienstenstructuur is een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat is opgericht om gedurende de avond,

de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een physician assistant moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verloskundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Uitsluiting

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van MRI-diagnostiek, tenzij de huisarts deze aanvraagt op basis van de richtlijnen (inclusief standaarden) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Verwijzing

Voor preventieve voetzorg bij diabetes heeft u een verwijzing van de huisarts nodig, als deze de voetzorg niet zelf verleent.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, met uitzondering van door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek. Dit valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht.

3.8.2 Preventieve voetzorg bij diabetes mellitus

Met preventieve voetzorg bij diabetes mellitus bedoelen wij:

a. jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;

b. zorg genoemd in de zorgprofielen 1 t/m 4 zoals beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014 voor zover deze zorg bestaat uit:

- jaarlijks gericht voetonderzoek (zorgprofiel 1);

- jaarlijks gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen (zorgprofiel 2);

- meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen (zorgprofiel 3 en 4);
- behandeling van risicofactoren (zorgprofiel 2 t/m 4);
- educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus (zorgprofiel 1 t/m 4);
- advisering over adequaat schoeisel (zorgprofiel 1 t/m 4).

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, een podotherapeut of een pedicure die onder verantwoordelijkheid van een podotherapeut werkzaam is en hiervoor een overeenkomst met de podotherapeut heeft.

Een podotherapeut moet als 'kwaliteitsgeregistreerd' zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/raadplegenregister.

Een pedicure is:

- a. een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) of;
- b. een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) of;
- c. een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch voetzorgverleners van KABIZ.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen of algemene nagelverzorging;
- b. hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals orthesen. Deze worden niet onder dit artikel vergoed, maar kunnen in bepaalde gevallen wel worden aangemerkt als hulpmiddel zoals bedoeld in artikel 3.9.

Verwijzing

Voor preventieve voetzorg bij diabetes heeft u een verwijzing van de huisarts nodig, als deze de voetzorg niet zelf verleent.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.8.3 Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Inhoud zorg

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een programma van minimaal twee jaar, gericht op het bereiken van een blijvende leefstijlverandering. Het programma bestaat uit een intensieve behandelfase en een onderhoudsfase. Binnen de GLI gaat het om het aanleren van gezond gedrag, op het gebied van voeding, eetpatroon en bewegen. De gedragsverandering is erop gericht de gezonde leefstijl blijvend op te nemen in het dagelijks leven en schenkt ook aandacht aan zaken als stress en onvoldoende slaap. U heeft recht op vergoeding van een GLI als u aan de volgende voorwaarden voldoet:

- U bent 18 jaar of ouder. Uitzondering: u bent 16-18 jaar en heeft volgens uw behandelaar baat bij een GLI voor volwassenen.
- U heeft een matig of sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Uw huisarts beoordeelt of u aan deze voorwaarde voldoet.
- U bent voldoende gemotiveerd voor deelname aan het programma. Uw huisarts en de zorgverlener van de GLI beoordelen of u voldoende gemotiveerd bent.

Een eenmaal gestart programma moet worden afgemaakt bij dezelfde zorgaanbieder.

U heeft alleen recht op vergoeding van programma's die:

- a. als verzekerde zorg zijn aangemerkt door Zorginstituut Nederland en De Friesland en;
- b. als GLI zijn ingeschreven in het RIVM-register van het Loket Gezond Leven met minimaal de kwalificatie 'eerste aanwijzing voor effectiviteit' Zie loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/gecombineerde-leefstijlinterventie/erkende-gli-basisverzekering.

Tip! Neem contact met ons op als u twijfelt of het programma dat u wilt volgen aan bovenstaande eisen voldoet.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een samenwerkingsverband van zorgaanbieders dat met de kwalificatie 'samenwerking en leefstijlcoach' staat ingeschreven in het AGB-register van Vektis en als licentiehouders is aangesloten bij de organisatie van de GLI die wordt uitgevoerd. Alle zorgaanbieders die als onderaannemer binnen het samenwerkingsverband werken dienen:

- a. te zijn ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) of
- b. een aantekening 'leefstijlcoach' in het kwaliteitsregister van de eigen beroepsgroep te hebben of
- c. met de kwalificatie 'samenwerking en leefstijlcoach' te zijn ingeschreven in het AGB-register van Vektis.

Uitsluitingen

- a. Begeleiden bij bewegen, bijvoorbeeld door een fysio- of oefentherapeut.
- b. Sport- en bewegingsactiviteiten.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts. De huisarts beoordeelt of het deelnemen aan een GLI geschikt is in uw situatie, of u voldoende gemotiveerd bent en welk programma het best passend is voor u.

Toestemming vooraf

Als u wilt deelnemen aan een GLI bij een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de start van het programma toestemming voor hebben verleend. Op deze manier bent u er zeker van dat de kosten worden vergoed en dat de zorg aan onze kwaliteitseisen voldoet.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.9 Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulp- en wondverzorgingsmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Let op! U heeft uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van wondverzorgingsmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een leverancier van hulpmiddelen. Als u voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Hulpmiddelen in bruikleen

In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), geldt voor enkele hulpmiddelen dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee De Friesland hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Voor verstrekking hiervan kunt u dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht u een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval uw vergoeding berekenen.

Let op! Als u ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

Eigen bijdrage

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering bent u een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- b. een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Toestemming vooraf

Voor sommige hulpmiddelen heeft u pas recht op vergoeding van de kosten van aanschaf, reparatie, wijziging of vervanging van een hulpmiddel na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Als voorafgaande toestemming noodzakelijk is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor uw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

Let op! Wij vergoeden geen hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door De Friesland gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt.

3.10 IVF (In-vitrofertilisatie)

Inhoud zorg

Als u op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heeft u recht op vergoeding van de kosten van:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie;
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte, met als doel zwangerschap te doen ontstaan.

U heeft uitsluitend recht op vergoeding van de eerste, tweede en derde IVF-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd. Na een doorgaande zwangerschap heeft u opnieuw recht op vergoeding van drie IVF-pogingen zolang u bij aanvang van een poging jonger bent dan 43 jaar. Van een doorgaande zwangerschap is sprake:

- a. bij een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
- b. vanaf tien weken na de geslaagde follikelpunctie;
- c. vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.

De terugplaatsing van een of meer bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) wordt niet beschouwd als een nieuwe poging, maar maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Een IVF-behandeling kan ook tot stand worden gebracht door middel van eiceldonatie.

Uitsluitingen

- a. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op vergoeding van terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF-poging heeft u geen recht meer op vergoeding van een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Toestemming vooraf

Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op! Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis, of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts en orthodontist (beide alleen voor kaakchirurg), verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien en klinisch fysicus audioloog (beide alleen voor KNO-arts), optometrist (bij oogzorg), SEH-arts, GGD-arts (voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek IZB en TBC), verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen

tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.

b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op! Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten;
- b. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
- c. Een kaakchirurg.

Let op! Voor het aanbrengen van een implantaat mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. De prothese mag ook worden geleverd door een tandprotheticus. Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde mag de zorg uitsluitend worden verleend door een orthodontist en/of een kaakchirurg.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een orthodontist moet zijn ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een universitair of daarmee door De Friesland gelijkgesteld centrum voor het verlenen van zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Verwijzing

Voor een behandeling door de kaakchirurg heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts.

Toestemming vooraf

Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming heeft verleend. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek en een begroting.

Eigen bijdrage

Als u achttien jaar of ouder bent, kunt u voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij u in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. U bent deze eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Angstpatiënten zijn deze eigen bijdrage altijd verschuldigd. In artikel 3.12.2 kunt u vinden om welke eigen bijdrage(n) dit gaat.

Als de zorg genoemd onder dit artikel bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, draagt de eigen bijdrage 8% van de kosten voor de bovenkaak en 10% van de kosten voor de onderkaak.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.2 Reguliere tandheelkunde (achttien jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als u achttien jaar of ouder bent, heeft u naast de onder artikel 3.12.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten van:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij horende röntgenonderzoek, met uitzondering van ongecompliceerde extracties inclusief het daarbij horende röntgenonderzoek, parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- een uitneembare volledige prothetische voorziening 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;
- reparatie en rebasing van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingprothese
- tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als:
 - het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, of;
 - omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat u de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder a. door een kaakchirurg.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder b. als de prothese wordt geleverd door een tandprotheticus of tandarts.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder c. door een tandprotheticus of tandarts.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Voor een behandeling door de kaakchirurg heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

- a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
- b. de zorg bestaat uit een osteotomie (kaakstandcorrectie);
- c. er is sprake van vervanging van de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf;
- d. correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
- e. kinplastiek als zelfstandige verrichting;
- f. botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
- g. het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
- h. plastische chirurgie;
- i. tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's.

Eigen bijdrage

Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening (kunstgebit) zoals genoemd in onderdeel b. onder Inhoud zorg bent u een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten van die voorziening.

In afwijking hiervan bedraagt de eigen bijdrage:

- 8% van de kosten per voorziening voor de bovenkaak en 10% van de kosten per voorziening voor de onderkaak, als de zorg bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten (klikgebit);

- 17% van de kosten voor het gelijktijdig plaatsen van een kunstgebit op de ene kaak en een klikgebit op de andere kaak (code J50).

d. Voor reparatie en overzetting (rebasing) zoals genoemd in onderdeel c. onder Inhoud zorg bent u een eigen bijdrage verschuldigd van 10% van de kosten.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.3 Reguliere tandheelkunde (jonger dan achttien jaar)

Inhoud zorg

Als u jonger dan achttien jaar bent, heeft u naast de onder artikel 3.12.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten van:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- een incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicaties, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie (verdooving);
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen of knarsen);
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- chirurgische tandheelkundige hulp; met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Wie mag deze zorg verlenen

Een tandarts. De zorg genoemd onder a. t/m g., i. en m. mag in plaats daarvan ook worden verleend door de mondhygiënist. Voor de zorg genoemd onder i. geldt dit alleen voor één- en tweevlaksvullingen. Voor de zorg genoemd onder g., i. en m. is een opdracht van de tandarts aan de mondhygiënist nodig.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Toestemming vooraf

Voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (code X21) en voor meer dan twee fluoridebehandelingen per jaar heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland nodig. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek.

Vergoeding

Wij vergoeden de kosten volledig.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar.

3.13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Wie mag deze zorg verlenen

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Vergoeding

Wij vergoeden de zorg volledig vergoed als deze wordt verleend door SKION. Wordt de zorg door een andere zorgaanbieder verleend, dan bestaat geen recht op een vergoeding.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar.

3.14 Paramedische zorg

Inhoud zorg algemeen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie en logopedie zoals diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten respectievelijk logopedisten plegen te bieden.

3.14.1 Diëtetiek

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg met een medisch doel, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/raadplegenregister.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een arts, physician assistant, verpleegkundig specialist of tandarts.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een

vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.14.2 Ergotherapie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van advisering, instructie, training en/of behandeling gedurende maximaal tien behandelingen per kalenderjaar in de behandelruimte van een ergotherapeut of bij u thuis, met als doel uw zelf-zorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ergotherapeut die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/raadplegenregister.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.14.3 Fysiotherapie en oefentherapie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van de noodzakelijke behandelingen als er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening, voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u op uw verzoek toe en is te raadplegen op onze website.

Als u jonger dan achttien jaar bent heeft u recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de eerste behandeling. Komt uw aandoening niet voor op de genoemde bijlage, dan heeft u recht op maximaal negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. U heeft recht op maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, als de eerste negen behandelingen niet toereikend zijn.

Als u achttien jaar of ouder bent, heeft u pas recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de 21e behandeling. In afwijking hiervan heeft u vanaf de eerste behandeling recht op:

- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat ten hoogste negen behandelingen;
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen). Deze zorg omvat ten hoogste 37 behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
- gesuperviseerde (begeleide) oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
- gesuperviseerde (begeleide) oefentherapie bij chronisch obstructieve pulmonaire ziekte (COPD), vanaf stadium II van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Hoeveel behandelingen deze zorg ten hoogste omvat is afhankelijk van de classificatie (A t/m D) van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties (toename van ziektesymptomen) volgens onderstaand schema:

	Klasse A	Klasse B	Klasse C	Klasse D
Maximum aantal behandelingen in de eerste twaalf maanden (het eerste behandeljaar)	5	27	70	70
Maximum aantal behandelingen per twaalf maanden voor de onderhoudsfase (de jaren na het eerste behandeljaar)	0	3	52	52

Let op! Zowel screening, intake als onderzoek tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling, als deze niet op dezelfde dag plaatsvinden. Als deze wel op dezelfde dag plaatsvinden gelden screening, intake en/of onderzoek samen als één behandeling.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van fysiotherapie door een fysiotherapeut en oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie/lymfedrainage en littekentherapie mogen ook worden verricht door een huidtherapeut.

Een fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie. Of uw fysiotherapeut in een van beide registers is ingeschreven kunt u controleren via defysiotherapeut.com en keurmerkfysiotherapie.nl.

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck moet als 'kwaliteits-geregistreerd' zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/raadplegenregister. Een huidtherapeut moet als 'kwaliteitsgeregistreerd' zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/raadplegenregister.

Verwijzing

Voor fysio- en oefentherapie heeft u geen verwijzing nodig. Wel heeft u een verklaring nodig:

- van de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of behandelend medisch specialist voor gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden (etalagebenen);
- van de huisarts, bedrijfsarts, sportarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of behandelend medisch specialist voor een behandeling aan huis of in een instelling waar u verblijft.

De bedrijfsarts mag uitsluitend een verklaring afgeven als er sprake is van aandoeningen die te maken hebben met uw werk.

Toestemming vooraf

Als u na afronding van een traject van begeleide oefentherapie bij etalagebenen hiervoor opnieuw enkele behandelingen nodig heeft, moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend. Samen met uw aanvraag moet u een gemotiveerde verklaring van uw claudicatiotherapeut overleggen waaruit de medische noodzaak blijkt.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.14.4 Logopedie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van logopedie die een geneeskundig doel heeft en als van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Let op! Onder logopedie wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met een dialect en/of anderstaligheid. Stottertherapie maakt wel deel uit van zorg zoals logopedisten plegen te bieden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een logopedist die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/raadplegenregister.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, tandarts, jeugdgezondheidszorgarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist. Voor een behandeling aan huis of in een instelling waar u verblijft heeft u een aparte verwijzing nodig.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

3.15 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking wanneer:
 - de overhang minimaal 50% van de pupil bedekt terwijl u ontspannen recht vooruit kijkt en;
 - het aannemelijk is dat de correctie van het bovenooglid de gezichtsveldvermindering oplost en;
 - de gezichtsveldbeperking tot belemmeringen in het dagelijkse functioneren leidt.
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- f. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het

gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de volgende zorg:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, tenzij sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of;
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten. Ook dient u ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medische fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. U hoeft geen foto's toe te sturen als u een bovenooglidcorrectie aanvraagt.

Let op! Voor het in bezit krijgen van de foto's van de medische fotograaf brengt het ziekenhuis u mogelijk kosten in rekening. Deze kosten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.16 Revalidatie

3.16.1 Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg moet voor u het meest doeltreffend zijn ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het dient hierbij te gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel, die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie (het denkvermogen) of gedrag. Deze zorg moet leiden tot het bereiken of behouden van een mate van zelfstandigheid die, rekening houdend met uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Waar wordt deze zorg verleend

Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname). U heeft alleen recht op revalidatie in combinatie met meerdaags verblijf, als daarmee op korte termijn betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder verblijf;
- b. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een instelling voor revalidatie die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, verpleegkundig specialist, jeugdarts of een andere medisch specialist. De bedrijfsarts mag uitsluitend verwijzen als er sprake is van aandoeningen die te maken hebben met uw werk.

Toestemming vooraf

Als u gebruik wilt maken van medisch specialistische revalidatie door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg', dat te vinden is op onze website.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt, na voorafgaande toestemming, een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.16.2 Geriatrische revalidatie

Inhoud zorg

U heeft gedurende maximaal zes maanden recht op vergoeding van de kosten van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Hierbij moet de zorg voldoen aan de volgende voorwaarden.

- a. De zorg houdt verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meer dan één aandoening) en afgenomen leer- en trainbaarheid;
- b. De zorg moet zijn gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen, dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- c. De zorg sluit binnen een week aan op verblijf zoals bedoeld in artikel 3.19 en u was voorafgaand aan dit verblijf niet opgenomen in een instelling voor verblijf op grond van de Wlz (verpleeghuis).
- d. In afwijking van het voorgaande onder c. hoeft geen sprake te zijn van voorafgaand ziekenhuisverblijf als er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid. U moet dan wel voorafgaande medisch specialistische zorg voor deze acute aandoening hebben ontvangen. Door een geriatr en/of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek kan worden vastgesteld dat u aan de voorwaarden genoemd onder a. en b. voldoet.

Bij aanvang van de zorg is er sprake van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Revalidatie vindt bij aanvang altijd plaats in een klinische situatie (opname). Daarna kan deze ook plaatsvinden in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Waar wordt deze zorg verleend

Geriatrische revalidatie dient plaats te vinden in een Wlz-instelling voor verblijf en behandeling, die op grond van Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Toestemming vooraf

U heeft bij uitzondering recht op geriatrische revalidatie langer dan zes maanden, na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. De behandelend specialist dient hiervoor uiterlijk een maand voordat de termijn van zes maanden afloopt een gemotiveerde aanvraag bij De Friesland in te dienen.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.17 Transplantaties van weefsels en organen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg in verband met transplantatie van weefsels en organen. Het recht op transplantaties van weefsels en organen bestaat uitsluitend als de transplantatie wordt verricht in een EU/EER-land. Ook bestaat recht op transplantatie verricht in een ander land als de donor daar woont en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is van degene die de transplantatie moet ondergaan. De kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties moeten gedeclareerd worden door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Verder bestaat recht op vergoeding van de kosten van:

a. specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;

- b. specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, het bewaren, het verwijderen en het vervoer van het post-mortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. zorg aan de donor gedurende ten hoogste dertien weken of, bij een levertransplantatie, gedurende een half jaar, na ontslag uit een instelling waarin de donor was opgenomen in verband met selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal voor zover die zorg verband houdt met de opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van het openbaar vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en in verband met deze zorg;
- f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige nier-, lever- of beenmergdonor bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ziekenhuis met een daarvoor vereiste vergunning.

Toestemming vooraf

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland noodzakelijk.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van:

- nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd onder d;
- vervoer van de donor als bedoeld onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

3.18 Trombosezorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;

- b. het verrichten of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van uw bloed;
- c. het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
- d. een opleiding in het gebruik van deze apparatuur en begeleiding bij uw metingen;
- e. adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die de bloedstolling beïnvloeden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een trombosedienst. Dit is een instelling die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.19 Verblijf

Inhoud zorg

Verblijf is een opname met een duur van minimaal 24 uur. Voorwaarde hiervoor is dat het verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Hiervan is sprake als de benodigde zorg niet thuis kan worden geleverd. Het verblijf vindt al dan niet in combinatie met verpleging, verzorging of paramedische zorg plaats. U heeft recht op verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.

Let op! U heeft alleen recht op vergoeding van de behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos bij ernstig (refractair) astma. Voor volwassenen geldt daarnaast de voorwaarde dat klinische (longrevalidatie)behandeling op zeeniveau niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd.

Eerstelijns verblijf

We maken onderscheid tussen verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden (bijv. verblijf in een ziekenhuis) en eerstelijns verblijf in verband met zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Eerstelijns verblijf is medisch noodzakelijk als er sprake is van een instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequaat toezicht en zorg instabiel kan worden. De zorg is gericht op terugkeer naar de eigen omgeving.

U kunt ook gebruikmaken van eerstelijns verblijf als u palliatief terminale zorg nodig heeft. Dit is zorg in de laatste levensfase, als uw behandelend arts heeft vastgesteld dat de levensverwachting minder dan drie maanden is.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Verblijf i.v.m. medisch specialistische zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden in een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of het Nederlands Astmacentrum in Davos.

Een ziekenhuis is een instelling voor medisch specialistische zorg, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

Een zelfstandig behandelcentrum is een centrum voor medisch specialistische zorg dat, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

b. Eerstelijns verblijf

Eerstelijns verblijf mag worden verleend door een WTZi-toegelaten instelling, voor zover de hoofdbehandelaar de huisarts, een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten is. Verder dient minimaal een verpleegkundige van niveau 4 of 5 aanwezig te zijn op de locatie van verblijf.

Verwijzing

a. Verblijf i.v.m. medisch specialistische zorg

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts of behandelend medisch specialist. Voor verblijf in het Nederlands Astmacentrum in Davos heeft u een verwijzing nodig van de behandelende longarts.

b. Eerstelijns verblijf

U heeft recht op vergoeding van eerstelijns verblijf als uw huisarts of medisch specialist heeft vastgesteld dat u op deze zorg bent aangewezen. De huisarts

of medisch specialist zorgt voor een medische overdracht naar de instelling waar u gaat verblijven.

Toestemming vooraf

a. Verblijf i.v.m. medisch specialistische zorg

Bij plastische chirurgie en mond- en kaakchirurgie heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van opname, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch specialistische zorg, na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Ook voor verblijf in het Nederlands Astmacentrum in Davos heeft u voorafgaande toestemming van De Friesland nodig.

b. Eerstelijns verblijf

In de volgende situatie moeten wij voorafgaand toestemming hebben verleend:

- u maakt gebruik van een instelling die wij niet hebben gecontracteerd voor eerstelijns verblijf en;
- u wilt hier langer dan 42 dagen verblijven, of langer dan 90 dagen bij palliatief terminale zorg.

Uw hoofdbehandelaar moet uiterlijk vijf dagen voordat de termijn van 42 of 90 dagen afloopt een gemotiveerde aanvraag bij De Friesland indienen. Het aanvraagformulier kunt u vinden op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.20 Verloskundige zorg en kraamzorg

3.20.1 Prenatale screening

Inhoud zorg

Prenatale screening is onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of het ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aangeboren afwijking. U heeft recht op vergoeding van de kosten van de volgende zorg:

- a. counseling: een gestructureerd informatief gesprek tussen u en de zorgaanbieder, waarin wordt uitgelegd wat de zorg genoemd onder b. t/m e. inhoudt, met aandacht voor de voor- en nadelen;

- b. combinatietest: de eerste trimester combinatietest, zijnde een test tussen de elfde en veertiende week van de zwangerschap die bestaat uit een echo (de nekplooiemeting) en een bloedonderzoek (serumtest).
- c. niet-invasieve prenatale test (NIPT);
- d. invasieve diagnostiek (vlokkentest, vruchtwaterpunctie);
- e. Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO): onderzoek rond de twintigste week van de zwangerschap, ook wel twintigweken echo genoemd.

Let op! U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de zorg genoemd onder b. t/m d. als u hiervoor een medische indicatie heeft. Hiervan is sprake als u vanwege uw medische geschiedenis een verhoogd risico heeft op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau. Voor de zorg genoemd onder c. geldt dat onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking. Voor de zorg genoemd onder d. geldt dat onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking.

Wie mag deze zorg verlenen

Een zorgaanbieder die een vergunning heeft in het kader van de Wet Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een WBO-vergunning heeft.

Verwijzing

Als er sprake is van een medische indicatie, heeft u een verwijzing nodig van de huisarts, verloskundige of gynaecoloog.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, met uitzondering van de niet-invasieve prenatale test (NIPT).

3.20.2 Bevalling en kraamzorg

Inhoud zorg

Moeder en kind hebben recht op vergoeding van de kosten van verloskundige

zorg zoals verloskundigen plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden plegen te bieden. Onder verloskundige zorg wordt ook begrepen daarmee samenhangend door of namens de verloskundige aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek. Het recht op kraamzorg is beperkt tot kraamzorg verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het aantal dagen dat in het ziekenhuis is doorgebracht in mindering gebracht op de hiervoor genoemde tien dagen. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak.

Als verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of de huisarts medisch noodzakelijk is, hebben de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) recht op medisch specialistische zorg zoals omschreven in het hoofdstuk Medisch Specialistische Zorg Algemeen, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b. Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak. Bij bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, hebben de moeder en haar kind met ingang van de dag van bevalling recht op verloskundige zorg en kraamzorg.

c. Kraamzorg thuis of in een kraamhotel, na bevalling in een ziekenhuis.

Als na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, hebben de moeder en haar kind recht op kraamzorg.

d. Bevalling en kraambed thuis of in een kraamhotel.

Als de bevalling en het kraambed thuis of in een kraamhotel plaatsvinden, hebben de moeder en haar kind recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg), de inschrijving, intake en de assistentie bij de bevalling tot maximaal drie uur na de bevalling en kraamzorg.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van kraamzorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder als kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt.

Een kraamhotel is een instelling waar u kunt bevallen en/of een deel van de kraamtijd kunt doorbrengen en die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Een kraamcentrum is een instelling voor kraamzorg die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Een verloskundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een kraamverzorgende is een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis of in een instelling zoals een kraamhotel, bedraagt voor zowel moeder als kind € 17,50 per opnamedag. Als het tarief van het ziekenhuis meer bedraagt dan € 125,- per persoon (moeder en kind) per opnamedag, bent u daarnaast het meerdere ook verschuldigd als eigen bijdrage. De Friesland betaalt dus maximaal $2 \times € 107,50$ ($€ 125 - € 17,50$) = € 215,- per dag voor moeder en kind samen. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van opgave door het ziekenhuis, of door het kraamcentrum dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis. Voor kraamzorg na bevalling thuis of in een kraamhotel, zoals bedoeld onder c. en d., geldt een eigen bijdrage van € 4,40 per uur.

De kosten voor het verblijf in een kraamhotel komen voor uw eigen rekening.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Deze zorg moet noodzakelijk zijn in verband met de behoefte aan of een hoog risico op behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in deze polis, met uitzondering van kraamzorg. Tot deze zorg behoort niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Persoonsgebonden budget

U kunt desgevraagd ook kiezen voor een passende vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in dit artikel. Met een pgb koopt u zelf de benodigde zorg in en vergoeden wij achteraf de kosten van de zorg. Hieraan zijn echter welke be-

paalde voorwaarden verbonden. Deze vindt u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kunt u raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een verpleegkundige of een verzorgende werkzaam voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Een verzorgende mag uitsluitend persoonlijke en oproepbare verzorging verlenen. Als u gebruikmaakt van een pgb mag u ook gebruikmaken van andere zorgverleners. Een indicatie dient, ook als u gebruikmaakt van een pgb, te worden gesteld door een verpleegkundige niveau 5 of een verpleegkundig specialist op basis van het hiervoor opgestelde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Een indicatie voor het pgb moet altijd in uw eigen omgeving worden gesteld. Voor de indicerende verpleegkundige of verpleegkundig specialist geldt ook dat deze werkzaam moet zijn voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Wij accepteren geen indicatie van een indicerende verpleegkundige of verpleegkundig specialist die niet aan deze voorwaarden voldoet.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verzorgende is een Verzorgende-IG/niveau 3 verzorgende die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Een verpleegkundige niveau 5 is een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en in het bezit is van een HBO-diploma Verpleegkunde.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Toestemming vooraf

Als u verpleging en verzorging wilt ontvangen van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Het aanvraagformulier kunt u vinden op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.

Overgangsregeling

Als u op 31 december 2018 al gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener, dient u voor 1 oktober 2019 uw aanvraag voor toestemming per 1 januari 2020 bij ons in te dienen. Wij zullen u dan uiterlijk 12 november 2019 laten weten of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde kwaliteitseisen én uw indicatie en zorgplan aan de door ons gestelde eisen voldoen. Mocht blijken dat uw zorgverlener en/of de indicatie en het zorgplan niet voldoen, dan komt u vanaf 1 januari 2020 niet meer in aanmerking voor vergoeding van de kosten van zorg door deze zorgverlener.

U kunt dan contact opnemen met onze Wachtlijstbemiddeling voor bemiddeling naar een andere zorgverlener die wel voldoet aan onze kwaliteitseisen.

Herbeoordeling indicatie

Als u het niet eens bent met de door de verpleegkundige vastgestelde aard, inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en u niet samen tot een oplossing kunt komen, kunt u een herbeoordeling door een andere verpleegkundige aanvragen. Met deze herbeoordeling behoort u terug te gaan naar de verpleegkundige die de eerdere indicatie heeft gesteld. Komt u er daarna nog niet samen uit, dan kunt u een klacht indienen bij de instelling waarvoor de verpleegkundige die de oorspronkelijke indicatie heeft gesteld werkzaam is.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.22 Ziekenvervoer

3.22.1 Ambulancevervoer

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in de Wet ambulancevervoer of per helikopter, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
- c. naar een zorgaanbieder, als u jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van uw gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
- d. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
- e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a. t/m d.

Voor vervoer per helikopter geldt dat u een verwijzing nodig heeft via de meldkamer ambulancevervoer of via een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft ingevolge de Wet Ambulancevervoer.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance of helikopter niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- c. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vergoeding

Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer volledig, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.22.2 Ziekenvervoer per eigen auto, taxi, openbaar vervoer (zittend ziekenvervoer)

Inhoud zorg

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heeft u recht op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer per taxi, per particuliere auto en vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Het gaat om vervoer van en naar een zorgaanbieder of woning als bedoeld in artikel 3.22.1, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover:

- a. u nierdialyses moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- c. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. u jonger bent dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging

en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid.

Als u niet aan een van de voorwaarden genoemd onder a. t/m e. voldoet, kunt u toch recht op zittend ziekenvervoer hebben. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee u langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden. U heeft in dat geval naast het vervoer naar de behandeling ook recht op het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn.

Wie mag deze zorg verlenen

Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en van het Kiwa-taxikeurmerk TX-Keur.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. In gevallen waarin ziekenvervoer per particuliere auto, taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- c. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan. Wij moeten u hier voorafgaand aan het vervoer wel toestemming voor hebben gegeven.

Eigen bijdrage

U bent voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 103,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:

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

Toestemming vooraf

Voor ziekenvervoer (met eigen auto, (meerpersoons)taxi of openbaar vervoer) en/of vervoer van een (of eventueel twee) begeleider(s) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer (058) 291 38 19. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm.

Vergoeding

Voor vergoeding van ziekenvervoer per taxi geldt: als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,30 per kilometer. Voor het berekenen van het aantal kilometers gaat De Friesland uit van de kortste gebruikelijke route volgens de routeplanner van Routenet.

De vergoeding van ziekenvervoer per openbaar vervoer bedraagt de werkelijke kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer.

Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.23 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van multidisciplinaire zorg gericht op behandeling in verband met:

- a. een visuele beperking of;
- b. een auditieve beperking of;
- c. tot de leeftijd van 23 jaar: een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of;
- d. een combinatie van deze beperkingen.

Diagnostisch onderzoek is onderdeel van deze zorg. Daarnaast omvat de zorg het psychisch leren omgaan met de handicap en het opheffen of het compenseren van de beperking. De zorg is gericht op behandeling, met als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

Er is sprake van een visuele beperking bij:

- a. een gezichtsscherpte < 0,3 aan het beste oog of;
- b. een gezichtsveld < 30 graden of;
- c. een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er is sprake van een auditieve beperking als:

a. het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of;

b. het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis. Of er sprake is van een communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven wordt vastgesteld via de multidisciplinaire diagnostiek volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van zorg aan zintuiglijk gehandicapten.

Uitsluiting

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b. complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven.

Verwijzing

Als u een visuele beperking heeft, heeft u een verwijzing nodig van de behandelende medisch specialist.

Als u een auditieve en/of communicatieve beperking heeft, heeft u een verwijzing nodig van een arts of een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.24 Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van het eenmaal per kalenderjaar volgen van een programma, inhoudende op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen (o.a. nicotinepleisters en -kauwgum), met als doel te stoppen met roken. Het programma dient te voldoen aan de Zorgmodule Stoppen met Roken, vastgesteld door het Partnership Stop met Roken. Er moet ten minste sprake zijn van een centrale zorgverlener en een individueel behandelplan. E-health kan deel uitmaken van een stoppen-met-rokenprogramma.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een huisarts, een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/verpleegkundig specialist/physician assistent die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.
- b. Overige zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Degene die de gedragsmatige ondersteuning verleent dient een gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleider of een verslavingsinstelling te zijn, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (kwaliteitsregisterstop-metroken.nl).

Een huisarts moet zijn ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een physician assistant moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke (maximum)tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk (maximum)tarief geldt vergoeden wij de tarieven die in rekening worden gebracht, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

4. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratiecommissie ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt.

De Friesland

De Friesland Zorgverzekeraar NV (Kamer van Koophandel nummer 50884565) die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

EU- en EER-land

Behalve Nederland worden onder EU-landen verstaan de volgende landen binnen de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen zijn de lidstaten van de EU plus Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Onze website

defriesland.nl.

Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder vallen Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verwijzing

Een verwijzing dient altijd voorafgaand aan de gedeclareerde zorg te zijn afgegeven. Een verwijzing bevat ten minste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekeringsovereenkomst met De Friesland heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Voor verdere informatie kunt u bigregister.nl raadplegen.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Zorgaanbieder

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden kan verlenen. Met een zorgaanbieder als bedoeld in dit artikel wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden; kwalificaties die voldoen aan Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L 206. Artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen één van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen.