

Polisvoorwaarden Ditzo Vrije Keuze

Versie 2020

Deze polisvoorwaarden zijn onder voorbehoud van goedkeuring door de NZa, zo spoedig mogelijk na 01-02-2020 is de definitieve versie beschikbaar op onze site.

Inhoudsopgave:

1. Begripsomschrijvingen	2
2. Grondslag van de verzekering	12
3. Vergoeding van zorg	13
4. Premie	17
5. Verplicht eigen risico	17
6. Vrijwillig gekozen eigen risico	18
7. Privacy	20
8. Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	21
9. Regres	21
10. Fraude	22
11. Onrechtmatige inschrijving	23
12. Premiebetaling en betalingsachterstand	23
13. Declaraties en schorsing	25
14. Kennisgeving relevante gebeurtenissen	25
15. Herziening van premie of voorwaarden	26
16. Begin en einde van de verzekering	26
17. Heroverweging en klacht	28
18. Geneeskundige zorg	29
18.1 Audiologische zorg	29
18.2 Buitenland	29
18.3 Dialyse	31
18.4 Diëtetiek	31

18.5	Eerstelijnsverblijf	32
18.6	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering	33
18.7	Ergotherapie	33
18.8	Farmaceutische zorg	34
18.9	Fysiotherapie en oefentherapie	36
18.10	Gecombineerde leefstijl interventie	37
18.11	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)	38
18.12	GGZ – Generalistische Basis GGZ	39
18.13	GGZ – Gespecialiseerde GGZ	41
18.14	Huisarts	45
18.15	Hulpmiddelenzorg	45
18.16	Logopedie	46
18.17	Mechanische beademing	47
18.18	Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)	47
18.19	Mondzorg	51
18.20	Oncologische zorg bij kinderen	54
18.21	Orgaantransplantaties	54
18.22	Revalidatie	55
18.23	Stoppen met roken	57
18.24	Trombosedienst	57
18.25	Verloskundige zorg en kraamzorg	58
18.26	Verpleging en verzorging	60
18.27	Voetzorg bij diabetes mellitus	63
18.28	Ziekenvoer	64
18.29	Zintuiglijk gehandicapten zorg	67
19.	Uitsluitingen	69
	Clausule terrorisme	70
	Contactgegevens	70

1. Begripsomschrijvingen

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC).

Behandelplan of zorgplan

Een behandelplan of zorgplan bestaat onder andere uit een omschrijving van:

- de voorgeschiedenis;
- de klachten;
- uitkomsten van onderzoeken die al zijn uitgevoerd;
- de (vermoedelijke) diagnose;
- de voorgestelde behandeling: doel, aard, frequentie en duur van de behandeling, door welke zorgverlener(s) en met of zonder opname;
- verwachte uitkomsten van de behandeling.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde betreft tandheelkundige zorg aan bijzondere patiëntengroepen die door de moeilijkheidsgraad van de verrichtingen of bepaalde omstandigheden niet door de huistandarts kan worden verleend.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Consultatiebureauarts

Een arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

Contracttarief

Het tarief dat voor een bepaalde behandeling of verstrekking door of namens ons is afgesproken met een zorgverlener.

Crisis zorg GGZ

Een behandeling voor een patiënt die spoedeisende hulp nodig heeft. Deze zorg wordt verleend door een psychiatrisch hulpverlener die werkt voor een regionale 24-uurs crisisdienst. Ook wel crisisbehandeling genoemd. Er is sprake van een crisissituatie wanneer spoedeisende hulp binnen 24 uur noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van dreigende suïcide.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Dagbesteding (GGZ)

Dagbesteding heeft tot doel het bevorderen, behouden en compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de psychische behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt. Onder dagbesteding wordt niet verstaan:

- Een reguliere dagstructurering die in de woon-/verblijfsituatie wordt geboden (waaronder ontbijt, lunch en diner);
- Een welzijnsactiviteit, zoals uitstapjes, zang, bingo.

DBC Beroepentabel GGZ

De beroepenstructuur in de GGZ uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit waarin die beroepen zijn opgenomen die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van cliënten in de GGZ. De beroepenstructuur onderscheidt zeven beroepenclusters: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische, somatische en verpleegkundige beroepen.

DBC-Zorgproduct

Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of gespecialiseerde GGZ door middel van een declaratiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Het DBC-zorgproduct begint op de datum van de eerste zorgactiviteit. Dit kan zijn een (telefonisch) consult met een specialist of een onderzoek. De DBC wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wet Marktordening Gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als diëtist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

DSM

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen. Het biedt een geclusterde beschrijving van deze stoornissen op basis van symptomen.

Dure geneesmiddelen

Dure geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die in het kader van een medisch specialistische behandeling intramuraal worden verstrekt. Hoewel extramuraal geneesmiddelen ook (zeer) duur kunnen zijn, bedoelen we met dure geneesmiddelen uitsluitend de intramuraal geneesmiddelen. De tweedelijnsinstelling declareert deze geneesmiddelen middels een zogenaamde Add on in combinatie met een DBC.

Eerstelijnsverblijf

Tijdelijk verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als ergotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Erkende verwijzers Medisch Specialistische Zorg

De volgende verwijzers zijn erkend om te verwijzen naar Medisch Specialistische Zorg: de huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige (in geval van zwangerschap, bevalling of naar een kinderarts binnen 10 dagen na de bevalling), tandarts en orthodontist voor kaak chirurgische behandeling, tandprothetici naar de kaakchirurg, optometrist naar de oogarts, triage-audicien en klinisch fysisch audioloog naar de KNO-arts, GGD arts voor aanvragen laboratoriumonderzoek. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprothetici, triage-audiciens, klinisch fysisch audiologen en optometristen.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apothekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door ons vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ook wel geboortehotel of bevalcentrum genoemd) gevestigd in een ziekenhuis met acute verloskundige zorg in het zorgaanbod. Je kunt hier bevallen en

eventueel verblijven gedurende de kraamperiode.

Gecontracteerde zorg

De zorg die wij op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht zijn op basis van een tussen ons en een zorgverlener gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

Geneesmiddel

Een stof of samenstel van stoffen die bestemd is om te worden toegediend of aangewend of gepresenteerd voor:

- het genezen of voorkomen van een ziekte, gebrek, wond of pijn bij de mens;
- het stellen van een geneeskundige diagnose bij de mens, of
- het herstellen, verbeteren of anderszins wijzigen van functies bij de mens.

Generalistische basis GGZ

De (aanvullende) diagnostiek en generalistische behandeling van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problemen of stabiele chronische psychische problematiek voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Geriatrisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Gespecialiseerde GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog)

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

GGZ-instelling

Een instelling die geestelijke gezondheidszorg in verband met een psychische stoornis mag leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf. De zorginstelling moet zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (of opvolger van deze wet). Op basis van het Kwaliteitsstatuut GGZ van de zorginstelling wordt het onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigde praktijken en instellingen.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici en tevens voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door ons vastgestelde Ditzo Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Je/jij/jou

De verzekerde persoon, verzekeringnemer en/of verzekerde. De naam van deze persoon staat vermeld op het polisblad.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de RGS ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen.

Ketenzorg

Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Klinisch psycholoog

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

Kraambureau

Een instelling voor het verlenen van kraamzorg, volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door ons als zodanig erkende instelling. Hieronder wordt tevens verstaan een kraamcentrum.

Kraamhotel

Een instelling voor verblijf met kraamzorg, volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door ons als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zorg verleent zoals kraamverzorgers die plegen te bieden.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als logopedist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Machtiging

De schriftelijke toestemming die wij je geven na een aanvraag voor zorg bij een zorgaanbieder. Uit de machtiging blijkt dat:

- de aangevraagde zorg valt onder de dekking van je zorgverzekering;
- je redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen;
- je recht hebt op een (gedeeltelijke) vergoeding van die zorg volgens de polisvoorwaarden.

Bij de desbetreffende zorgsoort zijn de specifieke eisen hieromtrent opgenomen.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Medebehandelaren GGZ

Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar en zijn met hun beroep opgenomen in de DBC Beroepentabel GGZ.

Medisch adviseur

Een adviserend geneeskundige die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het Specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) of die ingeschreven is als arts Beleid en Advies^{KNMG} in het door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ingestelde Profielregister en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar. De adviserend geneeskundige is vindbaar in het BIG-register onder het beroep arts, met of zonder vermelding van het specialisme.

Medisch seksuoloog

Een medisch seksuoloog, is een gekwalificeerde arts medisch seksuoloog die voldoet aan voorwaarden van de Fellows of the European Committee of Sexual Medicine.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Model Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is een veldnorm waarin de GGZ-zorgaanbieder moet hebben aangegeven hoe hij de kwaliteit en verantwoording van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heeft geregeld, die ingeschreven is als professionele standaard in het openbaar register voor kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden van het Zorginstituut Nederland en geldt voor alle GGZ-zorgaanbieders.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut,

logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit. Houdt zich bezig met regulering, toezicht en uitvoering van de zorg.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens geregistreerd staat als oedeemtherapeut in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als oefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Omzetplafond

Om de zorgkosten te beheersen en daarmee de premie laag te houden, hanteren wij bij sommige gecontracteerde zorgaanbieders een omzetplafond. Dit betekent dat wij met deze zorgverleners een maximumbedrag hebben afgesproken dat in een kalenderjaar gedeclareerd mag worden.

Opname

Opname van 24 uur of langer in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen.

Orthoptist

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

Pedicure

Een pedicure die met de aantekening voor diabetes- of medisch pedicure geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures.

Physician assistant

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

Podotherapeut

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als podotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Privacyverklaring GGZ

Een verklaring ondertekend door verzekerde en zorgaanbieder, die er voor zorgt dat er geen tot de diagnose herleidbare gegevens op de nota komen te staan en er geen informatie wordt aangeleverd aan het landelijke DBC-informatiesysteem.

Privékliniek

Een behandelcentrum in Nederland of het buitenland zonder WTZi-toelating.

Psychiater

Een arts die is ingeschreven als psychiater in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Psychotherapeut

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

Regiebehandelaar GGZ

Een regiebehandelaar is de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces zoals beschreven in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en de NZa-regelgeving.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een revalidatie-instelling, dat als zodanig volgens de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

Revalidatie-instelling

Een instelling die revalidatie mag leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf. Deze zorginstelling moet zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen.

Second opinion

Het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

SOS International

SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval in het buitenland. Je kunt online medische reishulp vragen via www.smartmelden.nl. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met je opgenomen.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die is ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingesteld register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Spoedeisende zorg

Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van acute ziekte of ongeval waarbij direct medisch noodzakelijke hulp nodig is die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot bijvoorbeeld na terugkeer in Nederland.

Sportarts

Een sportarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 Wet BIG.

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid volgens het “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.

V&VN

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden.

Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten of Zwitserland, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

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

Verpleegkundig specialist GGZ

Een verpleegkundig specialist GGZ die in één van de vijf wettelijke registers van verpleegkundigen als zodanig geregistreerd staat volgens artikel 14 Wet BIG.

Verpleegkundige

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

Verpleegkundige (hbo niveau)

Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist die hiertoe een opleiding heeft afgerond op hbo niveau, NLQF opleidingsprofiel Bachelor of Nursing niveau 5 of 6 (art.3.1, art 14 wet BIG / NLQF versie 4.0).

Verwijsbrief/verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of zorginstelling. Een verwijzing moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op een verwijsbrief staan minimaal: NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde, naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens. Een verwijsbrief is tot 1 jaar (bij GGZ-zorg 9 maanden) na afgifte geldig en moet voldoen aan landelijke wet- en regelgeving.

Verzekerde

Een ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wachttijlbemiddeling

Als de zorginstelling langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen voor hulp bij wachttijlbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorginstelling.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wijkverpleegkundige

Een hbo-verpleegkundige die zorg indiceert en zorg kan leveren in de woonsituatie en directe leefsituatie (wijk, buurt) van de cliënt. De wijkverpleegkundige is de schakel in de wijk, is vrij toegankelijk en opereert onafhankelijk.

Wij/ons

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

WTZi

Wet toelating zorginstellingen.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen of met een Wlz-toelating.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel je zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

Je ontvangt een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kun jij of de zorgverlener bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor je eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overgelegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Artikel 3 Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of je recht hebt op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste 'zorg'activiteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgverlener

Met deze basisverzekering heb je recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij ben je volledig vrij in de keuze van zorgverlener. Je kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgverlener die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg).

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgverlener, vergoeden wij je kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgverlener. Wij betalen de zorgverlener rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgverlener. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgverlener ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief en vrije tarieven

Als je naar een zorgverlener binnen Nederland gaat waarmee wij geen of beperkt een contract hebben afgesloten dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is gemiddelde bedrag dat wij betalen voor je behandeling als je naar één van onze gecontracteerde zorgverleners gaat.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Huisarts
Hiervoor geldt dat wij huisartsenzorg vergoeden tot 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa. Door de huisarts aangevraagd onderzoek (zoals een röntgenfoto of bloedonderzoek) dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd vergoeden wij tot maximaal 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- Hulpmiddelen;
Hiervoor geldt dat wij je hulpmiddel/behandeling vergoeden tot maximaal 100% van het laagste gecontracteerde tarief. Hieronder verstaan wij het laagste bedrag dat wij hiervoor ter vergoeding hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgverleners.
- Vervoer;
Hiervoor geldt dat wij je vervoer vergoeden tot maximaal 100% van het gemiddelde tarief in de markt.
- Wijkverpleging;
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot maximaal 65% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa.

- Dure Geneesmiddelen (DGM) en Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC):
Hiervoor geldt dat wij uw behandeling/geneesmiddel vergoeden tot maximaal 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- GGZ (specialistisch en basis):
Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot maximaal 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Voor verpleging en verzorging in de vorm van een Zvw-pgb gelden de maximale tarieven die vermeld staan in het Ditzo Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze.

Het Ditzo Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering.

Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Wij behandelen alleen originele nota's. Wij kunnen de nota alleen verwerken als hierop alle relevante gegevens vermeld staan. Deze worden bepaald door de NZa en benoemd in de nu geldende beleidsregels. Deze zijn te vinden op <https://puc.overheid.nl/nza>.

Uit de nota moeten wij duidelijk kunnen opmaken welk bedrag wij moeten betalen. Als je de nota zelf hebt ontvangen van de zorgverlener, ben je verantwoordelijk voor een tijdelijke betaling van de nota aan de zorgverlener.

Je kan je recht op vergoeding alleen overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder als jij of deze zorgaanbieder gebruikt maakt van een akte van cessie die voldoet aan onze regels die te vinden zijn op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Spoedeisende zorg (ook in het buitenland)

Gaat het om spoedeisende zorg dan handelen wij alsof je toestemming van ons hebt gekregen voor de zorg, ook al heb je deze (uiteeraard) niet vooraf bij ons aangevraagd. Je moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg in het buitenland doe je dat via SOS International. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

Cruciale zorg gegarandeerd

Door financiële afspraken die wij maken met zorginstellingen kan het voorkomen dat sommige zorginstellingen tijdens het jaar hun omzetplafond bereiken. In die gevallen is de cruciale zorg voor je gegarandeerd (dit wil zeggen ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisiszorg GGZ) maar meestal ook zorg als je al bij die zorginstelling in behandeling bent. Als de zorginstelling langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen. Wij kunnen je helpen met wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorginstelling.

Te veel betaald

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop je volgens de verzekeringsovereenkomst recht hebt. Jij (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via automatische incasso. Doordat je deze verzekering met ons bent aangegaan, word je (verzekeringnemer) namelijk geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

Vergoeding van andere zorg dan in de polis omschreven

Wij vergoeden ook vormen van zorg die niet worden genoemd in deze polis. Bij deze zorg moet vaststaan dat er een vergelijkbaar resultaat wordt bereikt. Je hebt vooraf onze toestemming nodig. De vorm van zorg mag niet volgens de wet zijn uitgesloten van vergoeding.

Machtigingenbeleid

Voor een aantal vergoedingen geldt er een machtigingenbeleid. Dat betekent dat je (of je zorgverlener namens jou) voorafgaand aan de behandeling een aanvraag bij ons in moet dienen om toestemming te krijgen. Als wij de gevraagde toestemming verlenen, krijg je hiervoor een schriftelijke machtiging.

Hiervan is sprake bij:

- eerstelijnsverblijf na drie maanden opname (artikel 18.5);
- bepaalde geneesmiddelen (artikel 18.8);
- niet-gecontracteerde gespecialiseerde GGZ-behandeling door een GGZ-instelling (artikel 18.13);
- niet-gecontracteerde hulpmiddelen (artikel 18.15) en bij bepaalde gecontracteerde hulpmiddelen (Ditzo Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze);
- behandeling van plastisch chirurgische aard (artikel 18.18);
- bepaalde kaakchirurgische behandelingen (artikel 18.19) zie hiervoor de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie;
- kaakoverzichtsfoto's (code X21) bij verzekerden tot 18 jaar (artikel 18.19);
- niet-gecontracteerde ZBC's bij revalidatie (artikel 18.22);
- niet-gecontracteerde verpleging en verzorging (artikel 18.26);
- verblijf bij Zintuiglijk gehandicaptenzorg (artikel 18.29).

In de machtiging vermelden wij de periode waarover deze geldig is. Als in de machtiging een periode is vermeld die de looptijd van de verzekering overschrijdt, dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

Meer informatie over de achtergrond van dit beleid en de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Opname in een andere ligklasse

Als je wordt opgenomen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum in een andere klasse dan waarvoor je verzekerd bent, krijg je vergoeding op basis van de laagste ligklasse.

Vergoeding DBC-zorgproduct

Voor de vergoeding van zorg waarbij sprake is van een DBC-zorgproduct, wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat de kosten over de DBC geopend in 2019 worden vergoed door de 'oude' verzekeraar, als je in 2020 bent overgestapt.

Voorbeeld:

Als je in 2019 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2020. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2019. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2020, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2020.

Buitenland

Voor zorgkosten die je in het buitenland maakt gelden andere vergoedingsregels. Die kun je vinden in artikel 18.2 Buitenland.

Artikel 4 Premie

Je bent als verzekeringnemer of contractant premie verschuldigd voor je basisverzekering.

Voor een verzekerde die 18 jaar wordt, betaal je pas premie vanaf de 1^e van de maand na zijn of haar verjaardag.

De premie berekenen wij door de premiegrondslag te verminderen met een eventuele korting voor een vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 5 Verplicht eigen risico

Hoogte verplicht eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor je eigen rekening.

Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing

Het verplicht eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:

- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder je eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van voetzorg bij diabetes;

- de kosten van nacontroles van de donor. De nacontroles na 13 weken en een half jaar komen ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen;
- stoppen-met-roken begeleidingsprogramma's, nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen bij stoppen met roken.

Alleen de kosten die wij op deze basisverzekering vergoeden tellen mee voor het volmaken van het verplicht eigen risico. Bedragen die voor je eigen rekening komen tellen dus niet mee.

Wij verrekenen zorgkosten eerst met je verplicht eigen risico en daarna met je eventueel vrijwillig gekozen eigen risico.

Als wij je zorgkosten rechtstreeks aan een zorgverlener vergoeden brengen wij het te betalen bedrag aan eigen risico apart bij je in rekening.

Berekening verplicht eigen risico bij tussentijdse wijziging

Als de basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het verplicht eigen risico als volgt:

$$\text{Verplicht eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de basisverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie-zorgproduct)

Voor de berekening van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat het eigen risico over 2019 in rekening wordt gebracht door de 'oude' verzekeraar, als je in 2020 bent overstapt.

Voorbeeld:

Als je in 2019 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2020. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2019. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2020, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2020.

Artikel 6 Vrijwillig gekozen eigen risico

Hoogte vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig gekozen eigen risico is standaard € 0,-.

Als je achttien jaar of ouder bent kun je eventueel kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-,

€ 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Je krijgt hiervoor een korting op je premie. Deze korting vermelden wij op je polisblad.

Wanneer is het vrijwillig eigen risico van toepassing

Het vrijwillig gekozen eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:

- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder je eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van voetzorg bij diabetes;
- de kosten van nacontroles van de donor. De nacontroles na 13 weken en een half jaar komen ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen;
- stoppen-met-roken begeleidingsprogramma's, nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen bij stoppen met roken.

Wij verrekenen zorgkosten eerst met je verplicht eigen risico en daarna met je eventueel vrijwillig gekozen eigen risico.

Als wij je zorgkosten rechtstreeks aan een zorgverlener vergoeden brengen wij het verschuldigde bedrag aan eigen risico apart bij je in rekening.

Berekening vrijwillig eigen risico bij tussentijdse wijziging

Als de basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het vrijwillige eigen risico als volgt:

$$\text{Vrijwillig eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de basisverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Als de basisverzekering niet op 1 januari ingaat en je direct voorafgaand hieraan al een basisverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

- het bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is voor de eerste periode en voor de periode nadat het vrijwillig eigen risico is gewijzigd;
- deze bedragen tellen we bij elkaar op en delen we door het aantal dagen in het kalenderjaar;

- de uitkomst ronden we af op hele euro's.

DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie-zorgproduct)

Voor de berekening van het vrijwillige eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat het eigen risico over 2019 in rekening wordt gebracht door de 'oude' verzekeraar, als je in 2020 bent overgestapt.

Voorbeeld:

Als je in 2019 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2020. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2019. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2020, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2020.

Artikel 7 Privacy

Registratie van de persoonsgegevens

Als je een verzekering of financiële dienst bij ons aanvraagt, vragen wij je om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij:

- om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- om je te informeren over relevante producten en deze bij je aan te bieden;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- voor statistische analyse;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

De bescherming van je persoonsgegevens en in het bijzonder je medische gegevens vinden wij heel belangrijk. We gaan hier dan ook uiterst zorgvuldig mee om. Als wij je persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de strenge wettelijke regels en de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'.

Meer informatie hierover kun je vinden in de privacyverklaring op www.asrnederland.nl/privacyverklaring.

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij je gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. 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 kun je vinden op www.stichtingcis.nl.

Burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht je burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Je

zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht je BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Ook wij gebruiken je BSN, als wij communiceren met deze partijen.

Kennisgeving

Als wij je (verzekeringnemer) een bericht sturen aan je laatst bekende adres, of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht je (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Artikel 8 Verplichtingen

Als verzekerde of verzekeringnemer ben je verplicht:

- je te legitimeren met een rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek;
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname aan onze medisch adviseur te laten weten, als deze hierom vraagt;
- ons alle medewerking te verlenen bij het verkrijgen van informatie die wij nodig hebben, met inachtneming van privacy wet- en regelgeving;
- ons binnen 30 dagen te melden dat je gedetineerd bent. De beëindiging van je detentie dien je ook binnen 30 dagen aan ons te melden;
- originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de datum van behandeling bij ons in te dienen. Uit de nota's moeten wij op kunnen maken of je recht hebt op vergoeding en tot welk bedrag. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota geldt niet als nota.

Als je onze belangen schaadt door het niet nakomen van de verplichtingen vervalt je recht op vergoeding en kunnen wij de kosten bij je terugvorderen.

Artikel 9 Regres

Als verzekeringnemer of verzekerde ben je verplicht:

- ons inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- contact met ons op te nemen voordat je met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade.

Je mag nooit zonder onze schriftelijke toestemming met een derde of degene die voor of namens die derde optreedt, een regeling treffen. Hieronder verstaan we ook het verlenen van kwijting (een verklaring aangeven dat de schuld is afgelost), waardoor wij in onze rechten worden benadeeld.

Als je hieraan geheel of gedeeltelijk niet voldoet ben je verplicht de door ons geleden schade te vergoeden.

Als je het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico moet betalen voor medische hulp ten gevolge van een ongeval waarvoor een ander schuldig is, dien je dit zelf bij die tegenpartij te verhalen.

Artikel 10 Fraude

Verplichting tot medewerking

Wij mogen inhoudelijke controles en fraudeonderzoeken uitvoeren als het gaat over de aanvraag van je verzekering, je gegevens in onze administratie en je declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. Je bent verplicht je medewerking hieraan te verlenen. Verleen je geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om je verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij je persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars de bevoegdheid om onderling informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselen wij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 06.01 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De AVG geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt je recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als jij en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- je (zorg)verzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
 - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe Basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de Basisverzekering jegens u;
 - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.
- je contractsrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- je persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- je persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of een andere opsporingsinstantie.

Artikel 11 Onrechtmatige inschrijving

Als blijkt dat je geen verzekeringsplicht had, vervalt de basisverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop de verzekeringsplicht is vervallen.

Als wij een basisverzekering voor je opmaken op grond van Regeling onverzekerden van het CAK en later blijkt dat je bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, dan vervalt onze basisverzekering met terugwerkende kracht.

Je moet dan aan ons en het CAK aantonen dat je bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was. Je hebt hiervoor twee weken de tijd, vanaf het moment dat het CAK je hiervan op de hoogte heeft gebracht. Het CAK voert in opdracht van de overheid regelingen uit.

Artikel 12 Premiebetaling en betalingsachterstand

Premiebetaling

Je bent verplicht de premie en de bijdragen uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, vooraf aan ons te betalen. Wij hebben met je afgesproken of je dat per maand of jaar doet. Je kunt uitsluitend per automatische incasso betalen. Wij schrijven bij maandbetaling het te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van je rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vind je op het polisblad dat je van ons ontvangt.

Als je verzekering in de loop van een maand wijzigt, (her)berekenen wij je premie. Als je teveel hebt betaald, dan betalen wij het verschil aan je terug. Heb je te weinig betaald, dan brengen wij het verschil bij je in rekening. Als je een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van

Ditzo, bepalen wij op welk openstaand bedrag de betaling wordt afgeboekt.

Het is niet toegestaan om verschuldigde bedragen te verrekenen met een bedrag dat je nog van ons tegoed hebt.

Heb je gekozen voor betaling van de premie per jaar en hebben wij je betaling niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen ontvangen? Dan zetten wij je polis om in maandbetaling. Je hebt dan geen recht meer op betalingskorting.

Als een verzekerde overlijdt, verrekenen wij de premie met ingang van de dag na het overlijden.

Aanmaning

Als je (verzekeringnemer) de premie, wettelijke eigen bijdragen en overige kosten niet op tijd aan ons betaalt, zullen wij je een schriftelijke aanmaning sturen. Wij vragen je hierin, binnen 14 dagen na de datum van de aanmaning, te betalen.

Betalingsachterstand van de premie

Als je een betalingsachterstand hebt van twee maandpremies, dan bieden wij je een betalingsregeling aan voor de premie.

Bij een betalingsachterstand van vier maandpremies, berichten wij je dat wij bij een betalingsachterstand van zes maandpremies het Centraal Administratie Kantoor (CAK) inschakelen voor het heffen van een bestuursrechtelijke premie.

Bij een betalingsachterstand van zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CAK en aan jou als verzekeringnemer. Vanaf dat moment int het CAK de bestuursrechtelijke premie bij jou als verzekeringnemer. Je betaalt geen nominale premies meer aan ons. Als wij maatregelen treffen tot incasso van onze vordering komen alle kosten van invordering, gerechtelijke en buitengerechtelijke, voor je rekening. Deze vorderingen leggen wij voor aan de stichting e-Court en/of de bevoegde rechter.

De wettelijke regeling betreffende 'De gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie' (artikelen 18a tot en met 18g Zorgverzekeringswet) is dan van toepassing.

Het is ons toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met bedragen die wij nog aan je verschuldigd zijn. Heb je gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar dan vervalt deze keuze per eerstkomende 1 januari.

Stichting e-Court

Staat er een bedrag open aan premie of andere kosten? Dan kan er een procedure gestart worden bij de geschillencommissie Stichting e-Court. Wanneer wij deze procedure starten dan heb je vanaf het ontvangen van een door de deurwaarder uitgereikt stuk een maand de tijd om bezwaar te maken tegen de procedure bij Stichting e-Court. Dan zal de procedure door de kantonrechter worden afgehandeld tenzij je het geschil voorlegt aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De wettelijke regels en het toepasselijke procesreglement, die op www.e-court.nl staan, zijn op de procedure bij Stichting e-Court van toepassing.

Opschorting bij detentie

Als je gedetineerd bent, moet je dat binnen 30 dagen bij ons melden. Tijdens je detentie schorten wij je polis op en betaal je hiervoor geen premie. De beëindiging van je detentie moet je ook binnen 30 dagen bij ons melden. Wij herstellen dan je polis vanaf het moment van ontslag uit detentie.

Artikel 13 Declaraties en schorsing

Rechtstreeks betaalde declaraties

Wij hebben het recht om declaraties van zorgverleners, die bij ons zijn ingediend door een zorgverlener, rechtstreeks te betalen aan die zorgverlener. Je hebt recht op een overzicht van de betaalde bedragen.

Verschuldigde bedragen

Wij betalen een bij ons ingediende declaratie volledig aan de zorgverlener, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking. Bijvoorbeeld door een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Je moet dan het eigen risico of vergoeding(en) die boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen aan ons terugbetalen.

Vordering in het algemeen

Van de door jou terug te betalen bedragen krijg je van ons bericht. Je moet deze bedragen binnen de in het bericht genoemde termijn aan ons betalen. Het is niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een bedrag dat je nog van ons tegoed hebt.

Schorsing

Als je de vordering niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Als je het bedrag niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, schorsen wij je polis. Wij betalen dan geen zorg die heeft plaatsgevonden na de in de aanmaning genoemde termijn. Je moet het verschuldigde bedrag, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog aan ons betalen. De dekking gaat weer in op de dag nadat wij je volledige betaling (inclusief kosten en rente) hebben ontvangen en geaccepteerd.

Artikel 14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Veranderingen in je persoonlijke situatie

Als verzekeringnemer of contractant bent je verplicht ons binnen 30 dagen gebeurtenissen door te geven die voor de juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals einde van de verzekeringsplicht, wijziging rekeningnummer/IBAN, langdurig verblijf in het buitenland, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Indien de wijziging niet binnen 30 dagen na het intreden van de gebeurtenis is ontvangen, wordt de verzekering met ingang van de datum van 7 dagen na de ontvangstdatum gewijzigd. Een wijziging met terugwerkende kracht is dan niet mogelijk.

Vanaf 18 jaar

Als je (verzekerde) 18 jaar wordt vragen wij je tenminste twee weken voor je verjaardag welk vrijwillig gekozen eigen risico je kiest. Je kunt je keuze schriftelijk doorgeven of via Mijn Ditzo. Als wij voor je verjaardag niets van je vernemen, ontvang je van ons een polis zonder vrijwillig eigen risico. De polis gaat in op de 1^e van de maand na je verjaardag.

Vergoeding van zorg via gemeente

Het kan voorkomen dat er overlap zit in de zorg die je vergoed krijgt van de gemeente op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en van ons op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als je zorg hierdoor dubbel wordt vergoed, ben je verplicht hierover contact met ons op te nemen.

Artikel 15 Herziening van premie of voorwaarden

Jaarlijkse wijziging

Wij hebben het recht je premie en/of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Wat als wij de premie en/of voorwaarden tussentijds wijzigen?

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij in bijzondere gevallen ook tussentijds je premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

Je ontvangt hierover een bericht

Een wijziging in de grondslag van de premie treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvang je van ons een bericht met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure (zie artikel 17).

Artikel 16 Begin en einde van de verzekering

Begin van je basisverzekering

De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.

Bij een overstap aan het einde van het jaar of voor 1 februari van het volgende jaar (als je oude verzekering al is opgezegd) van je oude zorgverzekeraar naar ons, is de begindatum 1 januari van het nieuwe jaar.

In andere gevallen verzekeren wij je met terugwerkende kracht:

- als je een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht is ontstaan (bijvoorbeeld bij de geboorte van een kind of voor mensen uit het buitenland). De ingangsdatum is dan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.
- als je een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen één maand nadat je de basisverzekering bij een andere verzekeraar hebt beëindigd. De ingangsdatum is dan de eerste dag nadat je oude basisverzekering is geëindigd.

Vraag je een basisverzekering aan in andere dan bovengenoemde situaties, dan gaat de basisverzekering in op de datum waarop wij van jou als verzekeringnemer de volledig ingevulde aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum vermelden wij op je polisblad. Als je op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en je in je verzoek hebt aangegeven de basisverzekering op een latere datum te willen laten ingaan, gaat de basisverzekering op die latere datum in.

Herroepingsrecht

Je (verzekeringnemer) hebt een periode van 14 dagen na het indienen van een verzoek tot het sluiten van een basisverzekering om deze ongedaan te maken op basis van het herroepingsrecht.

Beëindiging van je basisverzekering door opzegging

Overstappen aan het einde van het jaar

Als verzekeringnemer kun je de basisverzekering tot en met 31 december van het jaar met ingang van 1 januari van het volgende jaar opzeggen. Als je de basisverzekering niet opzegt, verlengen wij je basisverzekering stilzwijgend steeds met één jaar.

Opzeggen kun je (verzekeringnemer) op de volgende manieren:

- je zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- je maakt voor 31 december gebruik van de overstapservice.

Als je uiterlijk op 31 december een nieuwe basisverzekering bij ons sluit voor het volgende jaar, zeggen wij je basisverzekering bij de andere zorgverzekeraar op.

Als je onverhoopt bij twee verzekeraars verzekerd blijkt te zijn, dan regelen de zorgverzekeraars onderling dat je slechts bij één zorgverzekeraar verzekerd blijft.

Tussentijds opzeggen

Opzeggen gedurende het kalenderjaar is alleen mogelijk in de volgende gevallen:

- je (verzekeringnemer) hebt iemand anders dan jezelf verzekerd en die ander wordt via een andere basisverzekering verzekerd. Wij moeten daarbij wel een bewijs van inschrijving van de nieuwe verzekering van je ontvangen. Als wij de opzegging ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering, dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop je

(verzekeringnemer) hebt opgezegd;

- bij wijziging van de premiegrondslag of polisvoorwaarden in je nadeel. De basisverzekering eindigt dan op dag waarop de wijziging in de premie of voorwaarden ingaat. Je hebt 30 dagen de tijd voor je schriftelijke opzegging nadat wij je over de wijziging hebben geïnformeerd. Bij een wijziging van de voorwaarden of premie als gevolg van een wettelijke bepaling geldt deze opzeggingsgrond niet;
- je onlangs 18 jaar bent geworden en wil overstappen naar een andere verzekeraar;
- je een bericht hebt ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Je opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Deze opzegmogelijkheden gelden niet:

- tijdens de periode dat je (verzekeringnemer) de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen hebt betaald (zie artikel 12), tenzij wij je opzegging binnen 2 weken bevestigen;
- tijdens de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, als je bent verzekerd via de Regeling onverzekerden van het CAK.

Beëindiging van je basisverzekering van rechtswege

Wij beëindigen je basisverzekering met ingang van de dag volgende op de dag:

- waarop wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden doordat onze vergunning hiervoor is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen je in dat geval uiterlijk 2 maanden van tevoren bericht;
- bij overlijden. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gesteld;
- dat de verzekeringsplicht eindigt wanneer iemand niet meer is verzekerd voor de Wlz of als je als militair in werkelijke dienst gaat. Je moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen stellen wij je zo snel mogelijk op de hoogte per welke datum wij de basisverzekering beëindigen en met welke reden.

Artikel 17 Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Ben je het niet eens met onze beslissing? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@ditzo.nl. Ook kun je een brief sturen aan Ditzo, t.a.v. de afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht of met ons bellen op (030) 699 79 30.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat

niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Ditzo. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar Ditzo Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht

Vind je dat je klacht niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als je onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kun je daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

Artikel 18 Geneeskundige zorg

Artikel 18.1 Audiologische zorg

Audiologische zorg is het voorkomen, onderzoeken en behandelen van stoornissen aan het gehoor. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Wij vergoeden zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar je gehoorfunctie;
- je adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- je voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor je gehoorprobleem noodzakelijk is;
- je helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij je kind.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.2 Buitenland

Aanleveren van een declaratie.

Je dient de declaratie aan te leveren in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd ben je zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie Jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland ben je verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur.

SOS International kun je bereiken op +31 20 651 51 51 (staat ook achter op je zorgpas) of via www.smartmelden.nl

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

Alleen in specifieke gevallen wordt niet-spoedeisende zorg in het buitenland (gedeeltelijk) vergoed. Je hebt bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. Je verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

Je woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland.

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Je woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland.

Je hebt dan de keuze:

- wij vergoeden je zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

Je woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Je hebt dan de keuze:

- wij vergoeden je zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar je de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

Je woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterkant van je zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie gaat naar een EU/EER-land of Zwitserland, dan heb je hiermee recht op noodzakelijke medisch zorg in het vakantieland. Je kunt de EHIC gebruiken in Australië voor noodzakelijke medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor je eigen rekening.

Betaling

Je declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij je declaratie in behandeling nemen. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com. Wij betalen uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

Meer informatie over het gebruik van je EHIC kaart kun je vinden op www.hetCAK.nl.

Artikel 18.3 Dialyse

Er zijn 2 soorten dialyse. Peritoneaaldialyse en haemodialyse. Bij peritoneaaldialyse wordt je buikholte gespoeld met een vloeistof om je bloed te zuiveren. Haemodialyse is een therapie waarbij de nierfunctie wordt overgenomen door filters, de kunstnieren. Dialyse kan plaatsvinden in een instelling of thuis.

Wij vergoeden in een dialysecentrum:

- bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is en die bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
 - geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling;
 - psychosociale begeleiding voor jou en voor degenen die bij het uitvoeren van de dialyse helpen.

Als de dialyse bij je thuis plaatsvindt, heb je ook recht op vergoeding van:

- een opleiding door het dialysecentrum voor degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialyseoel);
- de redelijke te verrichten aanpassingen in en aan je woning en voor het herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijke kosten (zoals elektriciteit en water) die rechtstreeks met de thuisdialyse te maken hebben, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor de eventuele aanpassingen aan je woning en herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Artikel 18.4 Diëtetiek

Diëtetiek betreft voorlichting over eetgewoonten en voeding met een geneeskundig doel. De diëtist geeft advies over je eetpatroon om je lichamelijke gezondheid te bevorderen.

Wij vergoeden maximaal 3 behandelingen diëtetiek per kalenderjaar. Het gaat om zorg zoals diëtisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Je hebt een verklaring van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist nodig.

Artikel 18.5 Eerstelijnsverblijf (ELV)

Het kan voorkomen dat zorg thuis tijdelijk niet of nog niet geleverd kan worden. Je kunt dan, na overleg met je huisarts of medisch specialist, tijdelijk terecht in een instelling voor eerstelijnsverblijf. Het doel van dit verblijf is dat je voldoende herstelt om terug te keren naar de thuissituatie, of het verblijf dient ter overbrugging tot de zorg thuis geleverd kan worden.

Eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar je thuissituatie of heeft betrekking op palliatief terminale zorg, als de levensverwachting gemiddeld drie maanden of korter is. Tijdens het eerstelijnsverblijf kan ook blijken dat het niet verantwoord is om terug te keren naar huis, en zal een Wlz-indicatie aangevraagd worden. De zorg die je in het eerstelijnsverblijf ontvangt is medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Tijdens eerstelijnsverblijf is 24-uurs toezicht of zorg in je nabijheid aanwezig. Dit kan gepaard gaan met verpleging, verzorging, psychologische zorg (conform Art. 2.4 Bzv.) of paramedische zorg die samenhangt met de indicatie voor opname in eerstelijnsverblijf. De indicatie voor opname in eerstelijnsverblijf wordt gesteld door de huisarts, medisch specialist, SEH-arts of specialist ouderengeneeskunde, met behulp van het meest recente afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf. Indien nodig wordt de wijkverpleegkundige/transferverpleegkundige betrokken bij de indicatiestelling.

Je kunt geen eerstelijnsverblijf ontvangen als je een indicatie hebt voor:

- medisch specialistische zorg (waaronder geriatrische revalidatie);
- specialistische GGZ-zorg;
- respijtzorg vanuit de Wmo;
- verblijf onder de Wlz;
- verblijf gerelateerd aan geboortezorg (kraamhotel).

Zorg die geleverd en gedeclareerd wordt via het eerstelijnsverblijf kan niet in dezelfde periode met andere prestaties gedeclareerd worden.

Maximale verblijfsduur

Eerstelijnsverblijf heeft een tijdelijk karakter, om die reden vergoeden wij dit verblijf maximaal drie maanden. Als je langer dan drie maanden eerstelijnsverblijf nodig hebt, dan moet je uiterlijk twee weken vóór afloop van de drie maanden termijn een verlenging aanvragen. Hiervoor dient je zorgverlener, in overleg met jou, een machtigingsaanvraag in voor verlenging van eerstelijnsverblijf met maximaal drie maanden.

Het machtigingsformulier kun je vinden op:

www.ditzo.nl/zorgaanbieder/documents/formulier-verlenging-opname-elv-ditzo.pdf.

Kwaliteitseisen aanbieders eerstelijnsverblijf

Alle aanbieders moeten minimaal aan de volgende eisen voldoen:

- De zorgaanbieder is in het bezit van een relevante WTZi toelating (verblijf, behandeling, verpleging en verzorging) en voldoet aan de eisen gesteld in deze wet.
- De door de zorgaanbieder geleverde zorg voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep.
- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleegkundigen beschikbaar. Een verpleegkundige met niveau 5 is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor jou.
- De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met je huisarts) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en het eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.

Artikel 18.6 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering

Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een aangeboren afwijking of aandoening erfelijk is. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Wij vergoeden, bij door een medisch specialist vastgestelde medische noodzaak, centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Deze zorg betreft:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van:
 - stamboomonderzoek;
 - chromosoomonderzoek;
 - biochemische diagnostiek;
 - ultrageluidonderzoek;
 - DNA-onderzoek.
- de erfelijkheidsadvisering en de daarbij nodige psychosociale begeleiding.

Wij vergoeden ook onderzoek aan andere personen dan jezelf als dat nodig is voor het advies aan jou. Hieronder valt ook de eventuele advisering aan deze andere personen.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.7 Ergotherapie

Ergotherapie helpt je met praktische oplossingen in je omgeving als het uitvoeren van dagelijkse activiteiten problemen geeft door een lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoening. Je kunt de ergotherapeut ook om advies vragen over het gebruiken of aanvragen van hulpmiddelen.

Wij vergoeden maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Dat geldt voor behandeling in de praktijk van de ergotherapeut

of bij je thuis. Het gaat om zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden.

Het doel is je zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verwijzing van een huisarts of specialist nodig.

Artikel 18.8 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg betreft een geneesmiddel en de terhandstelling, het advies erover en begeleiding hiervan. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen zoals tabletten, drankjes, injecties etc. Een geneesmiddel betreft een stof die een bepaalde (gewenst genezende) werking op het lichaam heeft.

Algemeen

Farmaceutische zorg betreft:

- terhandstelling (verstrekking), advies en begeleiding voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik geneesmiddelen door apothekhoudenden (apothekers en apothekhoudende huisartsen) van:
 - de door ons aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 (al dan niet met een aanvullende voorwaarde die beschreven is in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering; zie hiervoor ook artikel 5.3 van het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze) van de Regeling zorgverzekering. Voor meer informatie over de door ons aangewezen middelen verwijzen wij je naar ons Reglement Farmaceutische Zorg;
 - andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:
 - door of in opdracht van een apothekhoudende in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet);
 - door vastgestelde regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties. (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
 - door vastgestelde regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
 - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten die voldoen aan onderdeel 1 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Ze moeten tevens voldoen aan de in artikel 5.3 van het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze genoemde bepalingen.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar gewijzigd worden door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018715>.

Het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Vergoeding

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals apothekhoudenden die plegen te bieden. Naast de terhandstelling bieden we ook een vergoeding voor de geneesmiddelen zoals hierboven omschreven. Voor sommige geneesmiddelen (niet voor de terhandstelling) betaal je een wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 250,-. De minister van VWS bepaalt voor welke geneesmiddelen dit het geval is. Deze geneesmiddelen staan vermeld in Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering.

Informatie over de eigen bijdrage kun je vinden in artikel 5.1 van het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze en op <https://www.ditzo.nl/zorgverzekering/eigen-risico>.

Wij vergoeden ook advies en begeleiding zoals apothekhoudenden die plegen te bieden.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- terhandstelling van een UR (uitsluitend op recept) geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.

De polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten moeten worden geleverd door een apothekhoudende of een medisch gespecialiseerde hulpmiddelenleverancier.

Voorschrijver

Tenzij wij andere afspraken hebben gemaakt met je zorgverlener, moeten de ter hand gestelde geneesmiddelen op voorschrift zijn van:

- huisarts;
- bedrijfsarts;
- jeugdarts;
- medisch specialist;
- tandarts;
- tandarts-specialist;
- verloskundige;
- specialistisch verpleegkundige;
- Physician Assistant;
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Arts Verstandelijke Gehandicapten

Terhandstelling is onder verantwoordelijkheid van een apothekhoudende.

Wij vergoeden geen:

- farmaceutische zorg waarvan de minister heeft besloten dat het geen verzekerde zorg is of waaraan de minister bepaalde voorwaarden heeft gesteld waaraan niet is voldaan;

- geneesmiddelen voor ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) is ingediend, of waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen tot € 250,-;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen die onder het eigen risico vallen;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) zit, met uitzondering van apotheekbereidingen van geregistreerde middelen waarover nog geen besluit is genomen of deze worden opgenomen in het GVS of apotheekbereidingen van geregistreerde middelen die niet in het GVS zijn opgenomen wegens een ongunstige kosteneffectiviteit of budgetimpact;
- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten).

Reglement farmaceutische zorg

In het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze hebben wij nadere voorwaarden vermeld over de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere:

- toestemmingsvereisten;
- afleverhoeveelheden;
- specifieke bepalingen voor geneesmiddelen;
- vergoeding van geneesmiddelen.

Het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Artikel 18.9 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie zijn behandelingen die zijn gericht op verbetering van je manier van bewegen en je houding bij lichamelijke klachten.

Bij jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als je aandoening **wel** wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - Je wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut of oedeemtherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- als je aandoening **niet** wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Je wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, manueeltherapeut, bekkenfysiotherapeut,

oefentherapeut Mensendieck/Cesar of oedeemtherapeut. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;

- bij ontoereikend resultaat maximaal 9 **extra** behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Je hebt hiervoor een verklaring van een arts of medisch specialist nodig.

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Bij 18 jaar of ouder

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als je aandoening wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - de behandelingen vanaf de 21^{ste} behandeling. Je wordt behandeld door een fysiotherapeut, manueeltherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut of geriatrisch fysiotherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie. Je wordt behandeld door een bekkenfysiotherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal de eerste 37 behandelingen bij de indicatie etalagebenen (fase 2 claudicatio intermittens) gedurende een periode van maximaal 12 maanden. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal 12 behandelingen oefentherapie bij artrose van de heup of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden;
- afhankelijk van je klasse maximaal 5 (klasse A), 27 (klasse B) of 70 behandelingen (klasse C en D) gesuperviseerde oefentherapie bij COPD gedurende een periode van maximaal 12 maanden. Als na het startjaar nog onderhoudsbehandelingen nodig zijn, dan worden er maximaal 3 (klasse B) of 52 behandelingen (klasse C en D) per 12 maanden vergoed. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig.

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Artikel 18.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Gecombineerde Leefstijl Interventie is advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedrag voor patiënten vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Het doel is een gezondere leefstijl voor de patiënt.

Vergoeding

Alle door de RIVM erkende GLI-programma's komen in aanmerking voor vergoeding. Hierbij stellen wij als voorwaarden dat:

- je bent doorverwezen door je huisarts;
- alle zorgaanbieders van de GLI met minimaal de erkenning van leefstijlcoach zijn opgenomen in het register van Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) of de aantekening leefstijlcoach hebben in Vektis;
- een zorgaanbieder van de GLI het zorgproces coördineert en fungeert als eerste aanspraakpunt voor de verzekerde;
- een zorgaanbieder ons een keer per kwartaal informeert over de resultaten van de behandeling van de GLI, voor zover dit de resultaten zijn van de landelijk afgestemde afspraken;
- er een geldige indicatie is conform de beleidsregel met verwijzing van de huisarts (een aantoonbaar (matig) verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR));
- het programma moet door het RIVM op voldoende niveau van effectiviteit beoordeeld zijn in het erkenningstraject.

Artikel 18.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

Vanaf 2020 wordt een deel van de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) overgeheveld vanuit de subsidieregeling Wlz naar de Zvw. Deze zorg werd vóór 2020 gefinancierd vanuit de subsidieregeling die van kracht was sinds het einde van de AWBZ. Het is de intentie van het ministerie van VWS om deze zorg volledig over te hevelen naar de Zvw. In 2020 gaat het om zorg die geleverd wordt door de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en de Arts Verstandelijke Gehandicapten (AVG). Het komt voor dat je huisarts de hulp voor een behandeling wil inroepen van een SO of AVG. Het gaat dan om complexe zorgvragen voor ouderen en verstandelijke beperkte thuiswonende patiënten. De zorg die wordt geleverd is zorg zoals huisartsen plegen te bieden, maar waarvoor de ondersteuning van een SO of AVG noodzakelijk is. De SO of AVG kunnen na verwijzing door de huisarts als hoofdbehandelaar optreden.

Vergoeding:

Wij vergoeden zorg geleverd door een SO of AVG als het gaat om de volgende zorg:

- consulten tussen SO of AVG met de patiënt of vertegenwoordiger van de patiënt ten behoeve van medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de behandelend arts;
- de inzet van de SO of AVG bij een gericht overleg met de behandelend arts (huisarts of hoofdbehandelaar in de medisch-specialistische zorg);
- de directe tijd met de patiënt of vertegenwoordiger van de patiënt die de SO of AVG besteed aan diagnostiek;
- uitvoering van en regie op behandelplan;
- en de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek aangevraagd door de SO of AVG.

Bovengenoemde zorg mag gedeclareerd worden als er sprake is van direct patiëntgebonden tijd. Indirect patiëntgebonden tijd mag niet apart in rekening worden gebracht, maar maakt onderdeel uit van het integrale tarief voor de SO of AVG. Met indirect patiëntgebonden tijd worden werkzaamheden verstaan die wel voor een patiënt worden uitgevoerd, maar niet in aanwezigheid van de patiënt. Het opstellen van het behandelplan en verslaglegging vallen

bijvoorbeeld onder indirect patiëntgebonden tijd. De enige vorm van indirect patiëntgebonden tijd dat apart in rekening mag worden gebracht betreft het gerichte overleg tussen de SO of AVG met de behandelend arts (huisarts of hoofdbehandelaar in de medisch-specialistische zorg).

Voorwaarden:

- de zorg wordt geleverd door een BIG geregistreerde SO of AVG;
- de verleende zorg voldoet aan de richtlijnen die gelden voor SO's (Verenso) en AVG's (NVAVG);
- je hebt een verwijzing van de huisarts of medisch specialist;
- de zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met je huisarts) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) en de uitvoering van de regie op het behandelplan;
- de zorgverlener draagt er zorg voor dat er bij afwezigheid van de zorgverlener waarneming plaatsvindt door een andere zorgverlener die voldoet aan de gestelde eisen in dit inkoopbeleid.

Wij vergoeden geen:

- GZSP als je een indicatie hebt voor:
 - verblijf in verband met medisch specialistische zorg (bijvoorbeeld geriatrische revalidatie, MSRZ of opname);
 - verblijf in verband met specialistische GGZ-zorg;
 - verblijf onder de Wlz;
 - verblijf gerelateerd aan geboortezorg (kraamhotel).
- zorg die geleverd wordt door een SO of AVG voorafgaand aan een verwijzing naar de SO of AVG kan niet apart gedeclareerd worden;
- overleg dat een SO of AVG heeft met de huisarts of medisch specialist om te beoordelen of een verwijzing noodzakelijk is kan niet apart gedeclareerd worden.

Artikel 18.12 GGZ – Generalistische Basis GGZ

*Geestelijke gezondheidszorg is het vaststellen en behandelen van een psychische stoornis. Het doel is daarbij je geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren. Bij Generalistische Basis GGZ word je **niet** opgenomen.*

Algemeen

Als je 18 jaar of ouder bent vergoeden wij Generalistische Basis GGZ bij diagnostiek en (internet) behandeling, herstel of het voorkomen van een verergering van psychische klachten die leiden tot een DSM-classificatie. Het mag hierbij niet gaan om Gespecialiseerde GGZ. Het gaat om zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder

Ga je voor Generalistische Basis GGZ naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij tot maximaal 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat u een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3 (Vergoeding van zorg).

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.
Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of een doorverwijzing van je regiebehandelaar in de Gespecialiseerde GGZ.

Een verwijzing moet voldoen aan de wet- en regelgeving.

Zorgaanbieder

Kwaliteitsstatuut

- De zorgaanbieder levert de zorg volgens haar eigen Kwaliteitsstatuut dat als zodanig is geregistreerd bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Wij vergoeden alleen zorg geleverd door zorgaanbieders met een Kwaliteitsstatuut, dat voldoet aan de criteria van het Model Kwaliteitsstatuut GGZ.

Regiebehandelaar

- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen en onderbouwen van de diagnose. Hiervoor heeft de regiebehandelaar direct contact met je voorafgaand aan de behandeling.
- Ook is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor het opstellen van een behandelplan, het evalueren van de behandeling en indien nodig het bijstellen van het behandelplan.
- In de Generalistische Basis GGZ kunnen de volgende zorgaanbieders als regiebehandelaar optreden:

In vrije vestiging	In een instelling
GZ-psycholoog	GZ-psycholoog
Psychotherapeut	Psychotherapeut
Klinisch psycholoog / klinisch neuropsycholoog	Klinisch psycholoog / klinisch neuropsycholoog
	Verpleegkundig specialist GGZ
	Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater volgens de voorwaarden van het Model kwaliteitsstatuut
	Verslavingsarts KNMG (alleen bij hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek)

- Binnen een instelling voor Generalistische Basis GGZ is altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor advies en consultatie.
- Als je tijdens de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereikt, kun je zorg blijven ontvangen van de orthopedagoog generalist, postmaster orthopedagoog en kinder- en jeugdpsycholoog. De behandeling dient binnen jaar na de 18^e verjaardag te zijn

afgerond en is daarom alleen van toepassing op de eerste prestatie in de Generalistische Basis GGZ die voor je geopend wordt na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Wij vergoeden geen:

- Jeugd GGZ (leeftijd onder 18 jaar), welke onder de Jeugdwet valt;
- hulp en ondersteuning die ten laste van de Wmo komt;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leer- en ontwikkelstoornissen;
- uitgesloten zorg zoals vermeld in de lijst Therapieën GGZ, waaronder:
 - dyslexie;
 - angst voor dieren en vliegangst, de behandeling van deze fobieën is huisartsenzorg;
 - zelfhulp;
 - neurofeedback;
 - psychoanalyse;
 - intelligentieonderzoek;
 - medisch psychologische zorg, deze zorg kan deel uitmaken van medisch specialistische zorg;
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding;
 - geïndiceerde preventie bij depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik. Deze zorg valt onder huisartsgeneeskundige zorg;
 - behandelingen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Een overzicht van Therapieën GGZ die wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (voorheen 'dynamische lijst' van Zorgverzekeraars Nederland) kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Artikel 18.13 GGZ – Gespecialiseerde GGZ

Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg is het vaststellen en behandelen van een complexe (ingewikkelde) psychische stoornis. Het doel is daarbij je geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren. Voor sommige psychische behandelingen kun je worden opgenomen in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Algemeen

Als je 18 jaar of ouder bent vergoeden wij Gespecialiseerde GGZ bij behandeling, herstel of het voorkomen van een verergering van psychische klachten die leiden tot een DSM-classificatie. Hieronder wordt verstaan: diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen. Het gaat om zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden.

[Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder](#)

Ga je voor Gespecialiseerde GGZ naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij tot het maximaal 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat u een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3 (Vergoeding van zorg).

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van je huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of een doorverwijzing van je regiebehandelaar in de Generalistische Basis GGZ.

Een verwijzing moet voldoen aan de wet- en regelgeving.

Een verwijfsbrief is niet nodig bij crisiszorg. Er is wel een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die begint als de crisis voorbij is.

Zorgaanbieder

Kwaliteitsstatuut

- De zorgaanbieder levert de zorg volgens haar eigen Kwaliteitsstatuut, dat als zodanig is geregistreerd bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Wij vergoeden alleen zorg geleverd door zorgaanbieders met een Kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de criteria van het Model Kwaliteitsstatuut GGZ.

Regiebehandelaar

- De regiebehandelaar is verantwoordelijk om:
 - de diagnose mede te beoordelen, te onderbouwen en vast te stellen. Dit geldt tevens voor het dossier tijdens de diagnostiekfase;
 - het behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de (GGZ) richtlijnen op te stellen;
 - de behandeling te evalueren en indien nodig bij te stellen.
- De regiebehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:
 - de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor de medebehandelaars verantwoordelijk zijn;
 - het voldoen van de dossievoering aan de wettelijke eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;
 - zich tijdig te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;

- persoonlijk contact met de medebehandelaars, zo vaak als je problematiek noodzakelijk maakt;
- goede communicatie met jou en je naasten (als van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan;
- het afsluiten van de behandeling conform de DBC-regels.
- In de Gespecialiseerde GGZ kunnen de volgende zorgverleners als regiebehandelaar optreden:

In vrije vestiging	In een instelling
Psychotherapeut	Psychotherapeut
Klinisch psycholoog / klinisch neuropsycholoog	GZ-psycholoog
Psychiater	Klinisch psycholoog / klinisch neuropsycholoog
	Psychiater
	Verpleegkundig specialist GGZ
	Verslavingsarts KNMG (alleen bij hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek)
	Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater volgens de voorwaarden van het Model Kwaliteitsstatuut

- Bij een klinische opname is de regiebehandelaar in beginsel een psychiater of klinisch (neuro)psycholoog.
- Als je tijdens de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereikt, kun je zorg blijven ontvangen van de orthopedagoog generalist, postmaster orthopedagoog en kinder- en jeugdpsycholoog als onderdeel van de gespecialiseerde GGZ. Dit geldt alleen voor behandelingen die vóór de 18^e verjaardag zijn gestart en pas na de 18^e verjaardag afgerond worden. De prestatie Gespecialiseerde GGZ dient aansluitend vanaf de 18^e verjaardag te zijn geopend en geldt maximaal tot 1 jaar daarna.

Gespecialiseerde GGZ zonder en met verblijf

Als je 18 jaar of ouder bent vergoeden wij Gespecialiseerde GGZ van een vrijgevestigde psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut. Tevens vergoeden wij Gespecialiseerde GGZ in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Hieronder valt ook de benodigde verpleging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De opname in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis vergoeden wij voor een periode van maximaal 1.095 dagen. Hieronder wordt verstaan: gespecialiseerde psychiatrische behandeling. Het verblijf moet nodig zijn voor de behandeling.

¹ Mits er sprake is van (zeer) complexe psychische aandoeningen, waarbij de inzet van paramedische zorg wordt aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijnen als integraal onderdeel van de behandeling van de psychische aandoening.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreekt je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen.

Na 1.095 dagen kan nog recht bestaan op deze zorg op grond van de Wlz.

[Machtigingsvereiste bij een niet-gecontracteerde instelling](#)

Wij hebben met het merendeel van de instellingen overeenkomsten afgesloten. Als je toch naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan moet je (om hoge eigen kosten te voorkomen), of je zorgverlener namens jou, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Voor ieder zorgtraject moet een aparte machtigingsaanvraag worden ingediend. Alleen in uitzonderingssituaties worden behandelingen boven de 6.000 minuten uitgevoerd door instellingen door ons vergoed. Door Nederlandse zorgaanbieders geplande behandelingen en verblijf in het buitenland worden alleen in uitzonderingssituaties door ons vergoed. Ook mogen de 'somatische beroepen' (zoals fysiotherapeut en diëtist) in de DBC beroepentabel GGZ alleen in het geval van (zeer) complexe psychische aandoeningen, waarbij de inzet van paramedische zorg wordt aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijnen als integraal onderdeel van de behandeling van de psychische aandoening, als medebehandelaar optreden om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Om een machtiging af te kunnen geven ontvangen wij van jou of je zorgaanbieder:

- een verwijfsbrief van je huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- bij een opname: de klinische opname indicatie, volgens de door de beroepsvereniging vastgestelde richtlijnen en de locatie waar de behandeling gaat plaatsvinden;
- het voorgestelde behandelplan, uitgesplitst in soort behandeling, uitgevoerd door welke behandelaar inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- de namen en BIG-registratienummers van de regiebehandelaar en de mede-behandelaren die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Je aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. Je kunt deze sturen aan onze medisch adviseur:

Ditzo
t.a.v. medisch adviseur GGZ
Postbus 2072
3500 HB UTRECHT
Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'
Of per mail naar: zorg.medisch@ditzo.nl

[Privacyverklaring](#)

Als je niet wil dat er een diagnosecode op je declaratie staat, moet je er uiterlijk bij de eerste declaratie voor zorgen dat er een privacyverklaring bij ons aanwezig is. Declaraties zonder diagnosecode, waarbij een vooraf ingediende privacyverklaring ontbreekt, nemen wij niet in behandeling. Je moet deze privacyverklaring samen met de zorgverlener ondertekenen en sturen naar het volgende adres:

Ditzo
t.a.v. afdeling Declaraties GGZ
Postbus 2072
3500 HB UTRECHT
Of per mail naar: zorg.medisch@ditzo.nl

Wij vergoeden geen:

- Jeugd GGZ (leeftijd onder 18 jaar), welke onder de Jeugdwet valt;
- hulp en ondersteuning die ten laste van de Wmo komt;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen;
- uitgesloten zorg zoals vermeld in de lijst Therapieën GGZ, waaronder:
 - dyslexie;
 - angst voor dieren en vliegangst, de behandeling van deze fobieën is huisartsenzorg;
 - zelfhulp;
 - neurofeedback;
 - psychoanalyse;
 - intelligentieonderzoek;
 - medisch psychologische zorg, deze zorg kan deel uitmaken van medisch specialistische zorg;
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding;
 - geïndiceerde preventie bij depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik. Deze zorg valt onder huisartsgeneeskundige zorg;
 - behandelingen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- Behandelingen door vrijgevestigden van meer dan 6.000 minuten;
- Diagnostiek door niet gecontracteerde aanbieders vanaf 800 minuten;
- Verblijf zonder overnachting (VZO) bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

Een overzicht van Therapieën GGZ die wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (voorheen 'dynamische lijst' van Zorgverzekeraars Nederland) kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Artikel 18.14 Huisarts

Bij vragen over je gezondheid of ziekte is de huisarts het eerste aanspreekpunt. In de avond, nacht of in het weekend kun je hiervoor terecht bij een huisartsenpost.

Wij vergoeden geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, mag de zorg ook verlenen. Het gaat om zorg zoals huisartsen die plagen te bieden. Wij vergoeden ook röntgen- en laboratoriumonderzoek dat is aangevraagd door een huisarts.

Artikel 18.15 Hulpmiddelenzorg

Medische hulpmiddelen zijn gemaakt om beter om te kunnen gaan met een lichamelijk probleem. Er zijn veel verschillende hulpmiddelen voor verschillende aandoeningen. Voorbeelden zijn hoortoestel, arm- of beenprothese, maar bijvoorbeeld ook diabetesteststrips of verbandmateriaal.

Wij vergoeden medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De nadere voorwaarden voor vergoeding en vereisten voor deze middelen staan in het Ditzo Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze. Ook staat in het Reglement of je de hulpmiddelen in eigendom of bruikleen van ons krijgt. Het Reglement maakt deel uit van deze polis.

Het Ditzo Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Toestemming

In het Reglement Hulpmiddelen hebben wij per hulpmiddel vermeld of je vooraf onze toestemming nodig hebt. Wij kunnen bij de toestemming nadere voorwaarden stellen.

Gebruikskosten

Kosten voor het gebruik van een hulpmiddel betaal je zelf, tenzij wij in het Reglement Hulpmiddelen anders hebben aangegeven. Kosten voor het gebruik zijn bijvoorbeeld energiegebruik en batterijen.

Doelmatigheid

Het hulpmiddel moet noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig kostbaar of gecompliceerd. Wij beoordelen of dit voor je hulpmiddel het geval is.

Verbandmiddelen

Verbandmiddelen vergoeden wij alleen als je een ernstige aandoening hebt waarbij je langdurig verbandmiddelen nodig hebt.

Bruikleen

Als wij je een hulpmiddel in bruikleen geven, kunnen wij controleren of je dit hulpmiddel nog nodig hebt. Als blijkt dat je het hulpmiddel niet langer nodig hebt, kunnen we het terugvorderen.

Wij vergoeden geen:

- hulp- en verbandmiddelen die je via de Wlz of Wmo vergoed kunt krijgen.

[Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder](#)

Ga je voor hulpmiddelen naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij tot maximaal 100% van het laagste gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op <https://ditzo.zoeker.nl>.

Artikel 18.16 Logopedie

Een logopedist helpt je bij het vaststellen en behandelen van een stoornis in de mondfunctie. Die kan te maken hebben met ademen, stem, spraak, taal of je gehoor. De logopedist geeft ook advies en voorlichting aan jou als patiënt of verzorger van een patiënt.

Wij vergoeden de behandeling door een logopedist. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen tot gevolg heeft. Het gaat om zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Je hebt een verklaring nodig van je (tand-)arts of orthopedagoog waaruit blijkt dat er een indicatie voor logopedie aanwezig is. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verwijzing van je huisarts of specialist nodig.

Onder een logopedische behandeling verstaan wij niet behandeling van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anders taligheid.

Artikel 18.17 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als je beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Je hebt voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde,

jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist. Een triage-audicien of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden je verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandigbehandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.18 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandigbehandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden ook de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Kies je voor een niet-gecontracteerd ZBC

Ga je voor zorg (klinisch of poliklinisch) naar een niet-gecontracteerd ZBC, dan vergoeden wij tot maximaal 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendontie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Wij vergoeden als je een vrouw bent tot je 43^{ste} jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na ivf, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF-poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF-poging wordt aangemerkt.

Tot je 38^{ste} jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal een embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf je 38^{ste} tot je 43^{ste} jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor je 43^{ste} verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van de ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging tot je 38^{ste} jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst ;

- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (aganesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Je hebt vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Wij vergoeden geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op www.wetten.overheid.nl.

Artikel 18.19 Mondzorg

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus, ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Waar je precies recht op hebt hangt ervan af of je jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind vanaf 2 jaar is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Bijna alle behandelingen voor kinderen door de tandarts worden volledig vergoed. De kosten van deze behandelingen zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Bijzondere tandheelkunde is mondzorg voor mensen bij wie gebruikelijke tandheelkunde niet toereikend is. Je kunt hierbij denken aan zeer ernstige overbeet of een verhemeltespleet.

Algemeen

Onder mondzorg verstaan wij zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Het moet hierbij gaan om tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- omdat je een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel hebt dat je zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- omdat je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt en je zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- als een medische behandeling zonder deze zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Onder mondzorg valt ook het verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische

tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Indien je bent aangewezen op mondzorg door de kaakchirurg dan is hiervoor een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende.

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van je zorgverlener is een schriftelijke motivering van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg nodig.

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kun je vinden op www.allesoverhetgebit.nl.

Behandelplan of zorgplan

Voor uitgebreide tandheelkundige behandelingen stelt de tandarts in overleg met jou een passend behandelplan en/of zorgplan op. Dit wordt gedaan om het tandheelkundig probleem te verhelpen of verergering daarvan te voorkomen. Informatie en toestemming zijn daarbij belangrijke onderdelen.

In het gesprek met je tandarts over het behandelplan komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Beschrijving van de aandoening;
- Voorgenomen onderzoek / behandeling;
- Periode na onderzoek / behandeling;
- Kosten van de behandeling;
- Toestemming voor behandeling;
- Toestemming voor informatieverstrekking aan derden (indien nodig);
- Schriftelijke informatie;
- Dossiervorming;
- Overige informatie.

Implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese

Wij vergoeden het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat moet dienen om een uitneembare volledige overkappingsprothese aan te bevestigen.

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van je zorgverlener is een schriftelijke motivering van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg nodig.

Orthodontie

Wij vergoeden orthodontische hulp alleen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van je zorgverlener is een schriftelijke motivering van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg nodig.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Ben je jonger dan 18 jaar dan vergoeden wij de zorg zoals hierboven genoemd onder 'algemeen'. Daarnaast vergoeden we de hieronder genoemde zorg:

- controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- incidenteel consult;
- verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- verzegelen of afdichten van groeven en putjes in tanden en kiezen (sealing);
- tandvlesbehandeling (parodontale hulp);
- verdoving (anesthesie);
- wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
- vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
- behandeling bij klachten aan het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- uitneembare prothetische voorzieningen (bijvoorbeeld kunstgebit of plaatje);
- kronen, bruggen en implantaten als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Deze aanspraak loopt door tot en met je 22^{ste} jaar als een snij- of hoektand in het geheel niet is aangelegd of voor je 18^e jaar geheel verloren is gegaan als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak hiervoor dient te zijn vastgesteld voor je 18^e jaar;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Je hebt alleen recht op het aanbrengen van een implantaat als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- röntgenonderzoek, behalve voor röntgenonderzoek bij orthodontische hulp.

Voor het aanbrengen van een implantaat heb je vooraf onze toestemming nodig. Bij je aanvraag is een schriftelijke motivering en behandelplan van de tandarts nodig.

Voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (prestatiecode X21) bij verzekerden jonger dan 18 jaar moet de tandarts een machtiging bij ons aanvragen. Dit geldt niet voor kaakoverzichtsfoto's die voor orthodontie worden gemaakt (prestatiecodes F155A en 156A). Deze foto's kunnen zonder machtiging via de eventuele aanvullende verzekering worden gedeclareerd.

Tandheelkunde voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Ben je 18 jaar of ouder dan vergoeden wij de zorg zoals hierboven genoemd onder 'algemeen'.

Daarnaast vergoeden we de hieronder genoemde zorg:

- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;
- 75% vergoeding voor het maken en plaatsen van een niet implantaatgedragen uitneembare volledige immediaatprothese, uitneembare volledige overkappingsprothese of

uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- en/of onderkaak.

Voor een implantaatgedragen prothese in de onderkaak is een eigen bijdrage van 10% van de totaalkosten van toepassing, voor de bovenkaak is dit 8%. De eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;

- reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese. Hierbij geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten.

Voor chirurgisch tandheelkundig hulp heb je vooraf onze toestemming nodig.

Bij vervanging van de uitneembare volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar heb je vooraf onze toestemming nodig. Je zorgverlener kan hiervoor een aanvraag indienen.

Eigen bijdrage volwassenen

Ben je 18 jaar of ouder, dan geldt bij de behandelingen hierboven genoemd bij 'Algemeen', als die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is het bedrag dat we in rekening brengen voor een behandeling die niet plaatsvindt in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg

Instelling bijzondere tandheelkunde

Als je voor mondzorg naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde gaat heb je vooraf onze toestemming nodig.

Artikel 18.20 Oncologische zorg bij kinderen

Het is belangrijk voor een effectieve behandeling van kanker bij kinderen dat een juiste diagnose wordt gesteld, maar ook onderzoek wordt gedaan naar uitbreiding van de ziekte en de typering van de tumor. SKION onderzoekt in een centraal laboratorium het bloed, beenmerg en hersenvocht van deze kinderen.

Wij vergoeden centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.21 Orgaantransplantaties

Bij een transplantatie wordt een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt (gedeeltelijk) vervangen door dat van een donor. Voorbeelden van organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden zijn: het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg.

Wij vergoeden voor jou als ontvanger van het orgaan:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan je afstaat) en het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale

transplantatiemateriaal, in verband met de transplantatie.

Wij vergoeden voor de donor van het orgaan:

- de zorg die te maken heeft met de opname van de donor voor de selectie en/of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. De kosten van deze zorg van de donor van het orgaan worden tot maximaal dertien weken na het einde van deze opname vergoed. Voor leverdonoren geldt een maximale termijn van zes maanden.
- het vervoer binnen Nederland dat de donor, die geen basisverzekering in Nederland heeft, nodig heeft in verband met:
 - de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis;
 - de zorg tot dertien weken, of bij leverdonoren tot zes maanden, na het einde van de opname in verband met de transplantatie.

Wij vergoeden dit vervoer op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als het vervoer om medisch noodzakelijke redenen met een taxi of met de eigen auto van de donor moet plaatsvinden, dan vergoeden wij deze kosten. Als de donor die geen basisverzekering in Nederland heeft, in het buitenland woont, dan vergoeden wij het vervoer van en naar Nederland, als het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.

Ook vergoeden wij de kosten van de donor die te maken hebben met de transplantatie, als deze kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

Als de donor een basisverzekering in Nederland heeft, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de basisverzekering van de donor. Als je als donor tevens verzekerde bent op deze basisverzekering kunnen de kosten gedeclareerd worden op deze basisverzekering.

De transplantatie moet worden verricht:

- in een lidstaat van de Europese Unie;
- in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
- in een andere staat, als de donor in die staat woont en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Wij vergoeden geen:

- kosten of eigen risico van nacontroles bij de donor na 13 weken (nierdonatie) of zes maanden (bij leverdonatie);
- verblijfskosten in Nederland;
- eventuele gedeerde inkomsten.

Ben je zelf donor, dan worden de kosten door de zorgverzekering van de ontvanger vergoed volgens dezelfde voorwaarden.

Wij vergoeden voor jou als donor de (jaarlijkse) medische nacontroles vanaf dertien weken, of bij leverdonoren vanaf zes maanden, na het einde van de opname in verband met de transplantatie. Deze medische nacontroles vallen buiten het eigen risico.

Artikel 18.22 Revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is voor mensen die lijden aan handicap door een aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep, ernstige ziekte of door een aangeboren aandoening. De patiënt krijgt zijn behandeling van een multidisciplinair team, dat onder leiding staat van een revalidatiearts, om de handicap te overwinnen of er mee om te gaan.

Geriatrische revalidatie is bedoeld voor kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze vorm van revalidatie is aangepast aan de individuele herstel mogelijkheden en het trainingstempo van deze ouderen en houdt rekening met eventuele andere bestaande aandoeningen. Het doel is de ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Medisch specialistische revalidatie

Wij vergoeden revalidatie als:

- deze zorg is aangewezen als meest doeltreffende manier om je handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Je handicap moet daarbij het gevolg zijn van:
 - stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen en/of;
 - een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag.
- je met deze zorg een mate van zelfstandigheid bereikt of behoudt die redelijkerwijs mogelijk is met je beperking;
- de zorg uitgevoerd wordt door een multidisciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts in een revalidatie instelling die bij wet is toegelaten.

De medisch specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

- door middel van een deeltijd- of dagbehandeling (niet-klinische situatie);
- door middel van een opname van meerdere dagen (klinische situatie). Dit is alleen mogelijk als door het verblijf spoedig betere resultaten te verwachten zijn.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg betreft integrale en multidisciplinaire revalidatie zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden. De zorg is nodig in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainvaardigheid. De zorg moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van je functionele beperkingen zodat je terug kunt keren naar huis.

Je kunt aanspraak maken op een vergoeding voor geriatrische revalidatiezorg als:

- je, voordat je een medisch specialistische behandeling ontving, niet verbleef in een Wlz-instelling; en
- de zorg binnen één week aansluit op je verblijf in een ziekenhuis; of
- de zorg voortkomt uit een acute aandoening, waardoor er sprake is van acute stoornissen in de mobiliteit of afname van zelfredzaamheid en je hiervoor medisch specialistische zorg hebt ontvangen.

Wij vergoeden geriatrische revalidatie maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij je een langere periode toestaan. Hiervoor dient je zorgverlener 30 dagen voordat de zes maanden periode is verstreken een schriftelijke motivatie te sturen naar onze afdeling zorg medisch

(zorg.medisch@ditzo.nl).

Machtigingsvereiste voor medisch specialistische revalidatiezorg bij een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Wij hebben met veel instellingen overeenkomsten afgesloten. Als je toch naar een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum wil gaan, dan moet je (om hoge eigen kosten te voorkomen), of je zorgverlener namens jou, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Om deze machtiging af te kunnen geven ontvangen wij van je:

- een verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- bij een opname: de klinische opname indicatie, volgens de door de Nederlandse vereniging van revalidatieartsen (VRA) vastgestelde richtlijnen;
- het voorgestelde behandelplan, inclusief periode, aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- de behandelaren die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Je aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. Je kunt deze sturen aan onze medisch adviseur:

Ditzo
t.a.v. medisch adviseur MSZ
Postbus 2072
3500 HB UTRECHT
Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'
Of per e-mail naar: zorg.medisch@ditzo.nl

Artikel 18.23 Stoppen met roken

Wij vergoeden maximaal 1x per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-roken (SMR) begeleidingsprogramma. Het SMR begeleidingsprogramma moet bestaan uit geneeskundige zorg eventueel in combinatie met geneesmiddelen die gedragsverandering ondersteunen met als doel te stoppen met roken. De zorgaanbieders die een SMR begeleidingsprogramma aanbieden werken volgens de zorgstandaard tabaksverslaving 2019.

Het stoppen-met-rokenprogramma kun je volgen bij:

- een huisarts;
- medisch specialist;
- verslavingsarts;
- verloskundige;
- gezondheidszorgpsycholoog;
- zorgverleners die staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken.

Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken kun je vinden op www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl.

Nicotinevervangende middelen en geneesmiddelen bij stoppen met roken vergoeden wij alleen als ze onderdeel zijn van een stoppen-met-roken-programma, ter ondersteuning van de gedragsverandering.

De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de behandelend arts, verslavingsarts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Nicotinevervangende middelen of geneesmiddelen kun je alleen bij een apotheek halen met een door je behandelaar ingevuld aanvraagformulier 'stoppen met roken' of wanneer de huisarts dit voorschrijft met 'SMR' op het recept. SMR begeleidingsprogramma's, nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen bij stoppen met roken zijn uitgezonderd van het eigen risico.

Artikel 18.24 Trombosedienst

Trombose is een stolsel in een ader of slagader. Een patiënt kan hiervoor anti-stollingsmedicatie gebruiken. Een trombosedienst controleert en begeleidt patiënten die deze anti-stollingsmedicatie gebruiken.

Wij vergoeden zorg door de trombosedienst.

De zorg betreft:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- het verrichten van laboratoriumonderzoek als dat nodig is voor het bepalen van de stollingstijd van je bloed;
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee je de stollingstijd van je bloed kunt meten;
- een opleiding die je wegwijs maakt met de apparatuur die de stollingstijd meet, en begeleiding bij de metingen zelf;
- advies over de toepassing van geneesmiddelen die bloedstolling beïnvloeden.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.25 Verloskundige zorg en kraamzorg

Een verloskundige begeleidt en controleert vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling. Een kraamverzorgende helpt de verloskundige of arts bij de bevalling en helpt na de bevalling, meestal gedurende een week, bij de verzorging van de moeder en het kind.

Jij (vrouwelijke verzekerde) en je kind hebben recht op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en recht op de vergoeding van kosten voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

De verloskundige zorg mag worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist. Dit kan ook zorg zijn in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg verstaan we hier: zorg verleend door een kraamverzorgende. De kraamverzorgende is:

- verbonden aan een ziekenhuis;
- verbonden aan een kraamcentrum;
- verbonden aan een kraamhotel;
- verbonden aan een kraambureau;
- verbonden aan een geboortecentrum;
- zelfstandig werkend.

De kraamverzorgende verzorgt jou en je kind, en als het nodig is ook de huishouding. We kunnen

hierbij de volgende situaties onderscheiden:

Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Wij vergoeden medisch specialistische zorg en opname in een ziekenhuis, voor jou en je kind, als een bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is. De zorg gaat in op de dag van de bevalling.

Bevalling en kraambed in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische noodzaak

Wij vergoeden verloskundige zorg en kraamzorg zonder medische noodzaak, voor jou en je kind. De zorg gaat in op de dag van de bevalling.

Voor de opname in het ziekenhuis of geboortecentrum dien je wel een eigen bijdrage te betalen. Per opnamedag geldt voor jou (de moeder) een eigen bijdrage van € 18,- en voor je kind een eigen bijdrage van € 18,-. Dit bedrag houden wij in op de maximale vergoeding per opnamedag van € 127,50 voor jou en de maximale vergoeding van € 127,50 voor je kind. Als het ziekenhuis of geboortecentrum een hoger bedrag in rekening brengt dan € 127,50 voor jou en € 127,50 voor je kind, dan is dat bedrag voor eigen rekening.

Het aantal opnamedagen berekenen wij aan de hand van de opgave door het ziekenhuis, geboortecentrum of het kraambureau, dat betrokken is bij de aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Toelichting:

Een poliklinische bevalling tellen wij als één opnamedag.

Kraamzorg in een kraamhotel

Wij vergoeden kraamzorg in een kraamhotel voor jou (de moeder) en je kind, na de bevalling in een ziekenhuis of kraamhotel. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,50 per uur. De hotelkosten blijven voor je eigen rekening.

Kraamzorg thuis na bevalling in een geboortecentrum, kraamhotel of ziekenhuis

Als je na de bevalling in een geboortecentrum, kraamhotel of ziekenhuis kraamzorg thuis ontvangt voor jou en je kind, brengen wij het aantal opnamedagen in mindering op het maximum aantal dagen (10) kraamzorg die wij vergoeden bij een bevalling en kraamzorg thuis, zoals hieronder beschreven. Het aantal opnamedagen berekenen wij aan de hand van de opgave door het geboortecentrum, kraamhotel, ziekenhuis of het kraambureau, dat betrokken is bij de aanvullende kraamzorg na ontslag uit het geboortecentrum, kraamhotel of ziekenhuis.

Bevalling en kraambed thuis

Wij vergoeden verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) thuis.

Wij vergoeden ook:

- de inschrijving, intake (eenmalig, tenzij er zwaarwegende argumenten zijn) en de partusassistentie zoals vastgesteld aan de hand van het Landelijke Indicatie Protocol;
- 24 uur tot maximaal 80 uur kraamzorg verdeeld over maximaal 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van jou (de moeder) en je kind en wordt vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol

Kraamzorg. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,50 per uur.

Je kunt zelf een (gecontracteerd) kraamzorgbureau kiezen en kraamzorg aanvragen via de zorgzoeker op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

Prenatale screening

Wij vergoeden voor een vrouwelijke verzekerde prenatale screening. Hieronder verstaan wij:

- counseling: hiermee bedoelen wij informatieverstrekking over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen (zodat je een weloverwogen beslissing kan nemen). Je zorgverlener dient te beschikken over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek.
- structureel echoscopisch onderzoek: een structureel echoscopisch onderzoek wordt alleen vergoed als er sprake is van een samenwerkingsafpraak tussen je zorgverlener en een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek beschikt.
- combinatietest: alleen vergoeding als je vanuit je medische historie een verhoogd risico hebt op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau.
- niet-invasieve prenatale test (NIPT): alleen vergoeding als je een combinatietest hebt ondergaan waaruit blijkt dat er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking is.
- invasieve diagnostiek: alleen vergoeding als je vanuit je medische historie een verhoogd risico hebt op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau of er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking aangetoond is door middel van je combinatietest of NIPT. Het gaat hierbij om de vlokentest en vruchtwaterpunctie.

Preconceptieconsult

Wij vergoeden voor een vrouwelijke verzekerde het preconceptieconsult. Het betreft hierbij de zorg die beschreven is in de NHG-richtlijn 'preconceptiezorg' geleverd door een verloskundige, mits zij bevoegd en bekwaam is om deze zorg te leveren. De verloskundige levert deze zorg in samenwerking met de huisarts.

Plaatsen IUD door verloskundige vergoed

Het plaatsen van een IUD (Intra Uterine Device; spiraaltje) door een verloskundige wordt door ons vergoed. Voorwaarde is dat de verloskundige bevoegd en bekwaam is om de IUD te plaatsen, dit betekent dat de verloskundige geregistreerd dient te zijn in de bekwaamheidslijst van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Voor het plaatsen van een IUD door de verloskundige geldt dat het eigen risico wél van toepassing is.

Artikel 18.26 Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging richt zich op je lichamelijke gezondheidszorg en op het bevorderen van je zelfredzaamheid in je eigen woonomgeving.

Verpleging en verzorging

Wij vergoeden verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

- niet voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) of Wlz.
- niet samengaat met verblijf.

Er wordt geen verpleging en verzorging vergoed die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk en wat jij en je naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en rekening houdend met belastbaarheid van het netwerk in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie je duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Kwalificaties

Om te bepalen hoeveel zorg je nodig hebt stelt een wijkverpleegkundige een indicatie vast en op basis daarvan een zorgplan op. Er geldt een aantal eisen voor deze indicatiestelling en het zorgplan. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging (zowel Zorg in Natura als Zvw-pgb) wordt:

- gesteld door minimaal een hbo-wijkverpleegkundige met een geldige BIG-registratie. Voor kinderen tot 18 jaar geldt dat de indicatie gesteld moet worden door een hbo-verpleegkundige met een vakgerichte vervolgopleiding die noodzakelijk is voor de patiëntengroep die hij of zij verpleegt (een kindervijkverpleegkundige);
- vastgesteld volgens het “Normenkader voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving” van de V&VN”;
- gesteld door een hbo-(kinder)wijkverpleegkundige die werkzaam is voor een instelling die op grond van de wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Je kunt ook naar een hbo-(kinder)wijkverpleegkundige gaan die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor ZZP-ers in de zorg.

Op basis van de gestelde indicatie stelt de BIG-geregistreerde hbo-(kinder)wijkverpleegkundige samen met jou een actueel en dynamisch zorgplan op. Dat wil zeggen dat het zorgplan regelmatig geëvalueerd wordt en daar waar de zorgvraag verandert, wordt het zorgplan aangepast aan de dan geldende situatie. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-(kinder)wijkverpleegkundige. In het zorgplan dient in ieder geval informatie te staan over de aard (zorgfuncties en zorghandelingen), omvang, duur en doelen van de zorg en het gewenste resultaat. Jij of je (wettelijke) vertegenwoordiger en de zorgverlener moeten het zorgplan bij de start van de zorg ondertekenen. Bij grote wijzigingen dient het zorgplan opnieuw ondertekend te worden.

De zorg moet worden uitgevoerd door minimaal een verzorgende niveau 3 of een verpleegkundige in dienst van een thuiszorgorganisatie of werkzaam als ZZP'er. Daarnaast geldt dat de prestatie ‘verpleging en verzorging onder de 18 jaar’ enkel gedeclareerd mag worden als deze geleverd is door een kinderverpleegkundige.

Wij vergoeden geen:

- zorg vanuit de aanspraak verpleging en verzorging die wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener die tevens familie is in de eerste of tweede graad. Hiervoor is het Zvw-pgb wel toegankelijk, conform het Ditzo Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze .

Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder

Dan vergoeden wij wijkverpleging tot maximaal 65% van het door de NZa vastgestelde maximale tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Daarnaast moet je vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de vergoeding van zorg geleverd door een niet-gecontracteerde aanbieder van verpleging en verzorging. Reden hiervoor is dat wij grote verschillen zien in zorg geleverd door gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders van verpleging en verzorging. Wij willen borgen dat je ook bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders doelmatige en rechtmatige zorg ontvangt.

Als je er zeker van wilt zijn dat je geen extra kosten maakt, dan adviseren wij je naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Wij hebben in alle regio's zorgaanbieders gecontracteerd.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3 (Vergoeding van zorg).

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

Toestemming vragen voor vergoeding niet gecontracteerde verpleging en verzorging

Voor het aanvragen van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg dien je gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke je kunt vinden op <https://www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen>.

Als je de toestemming bij ons aanvraagt, moet je met het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' meesturen:

- de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
- een kopie van het diploma van de BIG-geregistreerde minimaal hbo-(kinder)verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
- en in het geval van palliatief terminale zorg dient uit het zorgplan te blijken wat de wijkverpleegkundige met de huisarts en naasten heeft besproken over de zorginzet gedurende de laatste levensfase.

Vervolgens beoordelen wij je aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Je ontvangt van ons bericht of wij (eventueel gedeeltelijk) toestemming geven of je aanvraag afwijzen.

Wij vergoeden geen:

- zorg vanuit de aanspraak verpleging en verzorging die wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener die tevens familie is in de eerste of tweede graad. Hiervoor is het Zvw-pgb wel toegankelijk, conform het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze.

Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

Als je zelf je verpleging en verzorging wilt inkopen, kun je een Zvw-pgb bij ons aanvragen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn lees je in het Ditzo Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze . Dit reglement maakt deel uit van deze polis.

Het Ditzo Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Zorg aan kinderen met een complexe zorgvraag

Wij vergoeden verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar met een complexe zorgvraag, waarbij de zorgvraag samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Als de verzorging zich niet focust op de zorgvraag, maar op het ondersteunen en aanleren van vaardigheden die leiden tot het vergroten van de zelfredzaamheid van het kind, dan wordt de zorg vergoed vanuit de Jeugdwet.

Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindertehuizen

Je hebt recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindertehuizen als je jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap. Tevens is er bij jou sprake van een behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Om aanspraak te kunnen maken op verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in een kindertehuis dien je verwezen te zijn door een medisch specialist.

Verpleegkundige kinderopvang

De zorg kan alleen gedeclareerd worden bij tenminste zes uur aanwezigheid op één dag op een locatie die ingericht is voor verpleegkundige dagopvang voor kinderen met een intensieve zorgvraag en is inclusief de huisvestingskosten, spelmateriaal, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen (zoals hulpmiddelen voor algemeen gebruik), verpleging en verzorging en de niet-patiëntgebonden materialen, zoals verbandmiddelen en incontinentiemateriaal.

Verblijf

Verblijf op een locatie waar zorg geleverd kan worden aan kinderen met een intensieve zorgvraag, kan geïndiceerd zijn als een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is of wenselijk wordt geacht maar er thuis geen adequate zorg geleverd kan worden. Gedacht kan worden aan tijdelijke opname ter ontlasting van ouders of ter begeleiding naar overlijden (kinderhospices).

De zorg kan alleen gedeclareerd worden als de cliënt 's nachts in de instelling verblijft en op de dag van opname voor 20:00 uur aanwezig is op een locatie ingericht voor verblijf voor kinderen met een intensieve zorgvraag. De dag van opname en de daaropvolgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag van ontslag – waarop de cliënt dus niet 's nachts verblijft – geldt niet als een te declareren verblijfsdag.

Verpleegkundige kinderopvang en verblijf in kindertehuizen kunnen niet middels een Zvw-pgb worden vergoed.

Palliatief terminale zorg

In de laatste levensfase is het gebruikelijk dat de wijkverpleegkundige en de huisarts je situatie bespreken en bekijken of er meer zorg nodig is doordat de laatste levensfase is aangebroken. De wijkverpleegkundige bespreekt met jou en je naasten welke vorm van zorg gewenst is en welke rol

bijvoorbeeld mantelzorgers, netwerk en/of vrijwilligers kunnen spelen. Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij de zorginzet en de conclusies van het overleg met de huisarts en je naasten over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier. Dit dient zodanig vastgelegd te worden dat deze voor de zorgverzekeraar opvraagbaar en navolgbaar is. Dit geldt zowel voor gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg.

Artikel 18.27 Voetzorg bij diabetes mellitus

Een vervelende complicatie bij diabetes (suikerziekte) is dat je last kunt krijgen van je voeten, ook wel diabetesvoet genoemd. Voetzorg bij diabetes bestaat o.a. uit het voorkomen of behandelen van de diabetesvoet.

Wij vergoeden voetzorg als je diabetes mellitus hebt. De zorg moet preventief zijn en gerelateerd zijn aan eventuele klachten die kunnen ontstaan door diabetes. Je hebt een verwijzing naar de podotherapeut nodig van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). Zij bepalen je zorgprofiel aan de hand van de Simm's classificatie en de eventuele overige medische risico's. De podotherapeut stelt vervolgens samen met jou een individueel behandelplan op. Op welke zorgonderdelen je recht hebt, is geregeld in de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. De inhoud van de voetzorg die je ontvangt, is afhankelijk van je zorgprofiel. We onderscheiden de volgende zorgprofielen:

Zorgprofiel 1:

- Jaarlijkse voetcontrole, die bestaat uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie. Dit onderzoek mag worden uitgevoerd door een medisch pedicure, een pedicure met certificaat "voetverzorging bij diabetes", podotherapeut of diabetespodotherapeut.

Zorgprofiel 2, 3 en 4:

- Meer veelvuldig gericht voetonderzoek en de daaruit voortkomende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen, bij een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3);
- Behandeling van risicofactoren bij een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera;
- Onderwijs en het in gang zetten van aanpassingen in je manier van leven die je behandeling ten goede komen.

De voetzorg wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een podotherapeut of diabetespodotherapeut. De podotherapeut of diabetespodotherapeut mag bepaalde zorg uitbesteden aan een medisch pedicure of pedicure met het certificaat 'voetverzorging bij diabetes'. Deze voetzorg wordt per zorgklasse in één tarief door de podotherapeut of diabetes podotherapeut bij ons gedeclareerd.

Voetzorg bij diabetes mellitus aan huis.

Wij vergoeden voetzorg aan huis als er sprake is van een zorgprofiel 3 of hoger en je wegens medische redenen niet in staat bent om naar de zorgverlener te reizen en je tevens geen mantelzorger hebt om je naar de zorgverlener te brengen.

Wij vergoeden geen:

- verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen;

- algemene nagelverzorging, zoals het recht afknippen van nagels om ingroeien te voorkomen.

Meer informatie over Simm's klassen en zorgprofielen kun je vinden op [www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen onder Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen%20onder%20Zorgmodule%20Preventie%20Diabetische%20Voetulcera).

Artikel 18.28 Ziekenvervoer

Ambulancevervoer kan spoedvervoer (meestal via 112) of vooraf besteld vervoer zijn. De zorg tijdens het vervoer wordt verzorgd door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Bij bepaalde medische indicaties kun je gebruik maken van zittend ziekenvervoer. Het kan dan gaan om vervoer per auto, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel.

Ambulancevervoer

Wij vergoeden medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, als ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De maximale afstand die wij vergoeden is 200 kilometer, tenzij wij je toestemming geven voor een langere afstand. Het moet hierbij gaan om vervoer per ambulance:

- naar een zorgverlener of instelling waarin je zorg ontvangt. De kosten van deze zorg moeten geheel of gedeeltelijk gedekt zijn op deze verzekering;
- naar een instelling waarin je op kosten van de Wlz gaat verblijven;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waarin je geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of een behandeling ondergaat;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- als je jonger dan 18 jaar bent: naar een instelling of een zorgverlener voor behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg;
- van bovengenoemde zorgverleners en instellingen naar je woning of naar een andere woning, als je in je woning redelijkerwijs niet deze verzorging kan krijgen.

Wij vergoeden geen:

- vervoer in verband met zorg voor een dagdeel in een Wlz-instelling.

Zittend ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)

Wij vergoeden, van en naar de hierboven bij 'Ambulancevervoer' genoemde zorgverlener of instelling, vervoer per openbaar vervoer in de laagste klasse, taxi of vervoer met je eigen auto tot maximaal 200 kilometer als:

- je een nierdialyse moet ondergaan. Wij vergoeden ook de vervoerskosten ten behoeve van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek;
- je oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan. Wij vergoeden ook de vervoerskosten ten behoeve van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek;
- je (tijdelijk) rolstoelafhankelijk bent en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener of instelling waar je zorg krijgt die op deze verzekering is gedekt;
- je (tijdelijk) visueel gehandicapt bent en je niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener of instelling waar je zorg krijgt die op

deze verzekering is gedekt;

- je jonger bent dan 18 jaar en zorg ontvangt vanuit de aanspraak verpleging en verzorging (als onderdeel van zorg aan kinderen met een intensieve zorgvraag). Het moet gaan om medisch noodzakelijk vervoer van en naar het verpleegkundige kinderdagverblijf;
- vervoer van een begeleider, als je noodzakelijke begeleiding nodig hebt of jonger bent dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kun je ons vooraf vragen twee begeleiders toe te staan;
- je behandelingen moet ondergaan in het kader van geriatrische revalidatiezorg.

Je hebt voor zittend ziekenvervoer vooraf onze toestemming nodig. Hiervoor hebben wij een verklaring van je behandelend arts nodig.

Als wij toestemming verlenen, kunnen we voorwaarden stellen aan de wijze van vervoer. Wij kunnen je hierbij eventueel ook toestemming verlenen voor vervoer naar een zorgverlener of instelling over een langere afstand dan 200 kilometer.

Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder

Ga je voor zittend ziekenvervoer naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij tot maximaal 100% van het gemiddelde tarief in de markt. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3 (Vergoeding van zorg).

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op <https://ditzo.zoeker.nl>.

Voor vergoeding van taxivervoer kun je contact opnemen met Transvision. Transvision bepaalt namens ons of er aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor taxivervoer en verzorgt het taxivervoer.

Transvision kun je bereiken op 0900-33 33 33 0 (15 cent per minuut).

Hardheidsclausule bij zittend ziekenvervoer

Als je niet onder de hierboven bij 'Zittend ziekenvervoer' genoemde criteria valt, kun je recht hebben op vergoeding van zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule als je door een ziekte of een aandoening voor langere tijd vervoer nodig hebt. Om te berekenen of je voor vergoeding in aanmerking komt, kun je zelf een berekening maken via de volgende link:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/hardheidsclausule-bij-vervoer-zvw>.

Hierbij geldt de voorwaarde dat wij de zorg waarvoor het vervoer bestemd is uit de basisverzekering vergoeden. Je hebt vooraf akkoord van ons nodig. Je kunt dit aanvragen via het aanvraagformulier HHC op: <https://www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen>.

Logeerkosten in plaats van vervoer

Als je minstens drie achtereenvolgende dagen vervoer nodig hebt naar een zorgverlener en je voldoet aan de bovenstaande voorwaarden, is het mogelijk dat je in aanmerking komt voor de vergoeding van logeerkosten in plaats van vervoerskosten. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 75,- per nacht. Je komt ook in aanmerking voor vergoeding van de heen- en terugreis vanaf je woonadres naar de locatie waar je logeert. Eventuele reiskosten tussen de locatie waar je logeert en de locatie waar je zorg ontvangt, komen niet voor vergoeding in aanmerking als je kiest voor verblijf in plaats van vervoer.

Je kunt een aanvraag voor logeerkosten indienen bij onze afdeling Declaraties. Bij de declaratie van de logeerkosten hebben wij een factuur van het betreffende verblijf nodig. Zonder factuur komen de logeerkosten niet in aanmerking voor vergoeding. Voor de logeerkosten is geen eigen bijdrage verschuldigd. Voor de heen-en terugreis is wel eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage

Voor zittend ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 105,- per kalenderjaar.

De eigen bijdrage geldt niet voor:

- vervoer vanaf een instelling waarin je bent opgenomen naar een andere instelling waarin je wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de basisverzekering of door de Wlz;
- vervoer heen en terug vanuit een instelling waarin je bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door deze basisverzekering, de opname moet gedekt zijn door deze basisverzekering of de Wlz;
- vervoer heen en terug vanuit een instelling waarin je bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname moeten zijn gedekt onder de Wlz;
- logeerkosten binnen de 'verblijf in plaats van vervoer'-optie.

Kilometervergoeding bij gebruik eigen auto

De vergoeding voor het gebruik van je eigen auto is € 0,32 per kilometer volgens de snelst gebruikelijke route. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps.

Andere middelen van vervoer

Als ziekenvervoer per ambulance, per auto, per taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kunnen wij je toestemming verlenen een ander vervoermiddel te gebruiken. Je moet dit vooraf bij ons aanvragen.

Artikel 18.29 Zintuiglijk gehandicapten zorg (ZG-zorg)

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor als je doof of slechthorend bent, blind of slechtziend of als je ernstige moeilijkheden hebt met spraak en/of taal door een taalontwikkelingsstoornis. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

Algemeen

Wij vergoeden multidisciplinaire zorg (zorg waarbij diverse specialisten betrokken zijn) in verband met:

- een auditieve beperking (je bent doof of slechthorend);
- een visuele beperking (je bent blind of slechtziend);
- een communicatieve beperking (je hebt ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en je bent niet ouder dan 23 jaar.

De geleverde zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee je zelfredzaamheid vergroten;
- verblijf dat geleverd wordt in combinatie met extramurale ZG-zorg.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirecte) systeemgerichte ‘medebehandeling’ van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rond de persoon met een zintuiglijke beperking. Deze personen leren vaardigheden aan in het belang van de persoon met de beperking. In geval er sprake is van het ‘medebehandelen’ vallen alle kosten onder de verzekering van de persoon met de zintuiglijke handicap.

Zorgaanbieder

Je mag voor deze zorg uitsluitend naar één van de auditieve, visuele of communicatieve centra zoals vermeld op www.ditzo.nl/zorgverzekering.

Indicatievereisten

- Je moet voldoen aan één van de volgende indicatievereisten: Auditieve beperking zoals vastgesteld in de richtlijnen van de Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (FENAC) voor vaststelling van een auditieve beperking;
- Visuele beperking zoals vastgesteld in de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) voor vaststelling van een visuele beperking;
- Communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS) zoals vastgesteld in de richtlijnen van de Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (FENAC). 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;
- Een combinatie van de hierboven genoemde beperkingen.

Verwijzing

- Voor ZG-zorg bij een auditieve en/of communicatieve beperking heb je een verwijzing van een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist op

basis van diagnostische gegevens nodig waaruit blijkt dat je voldoet aan de inclusiecriteria voor de te verzekeren prestatie ZG (artikel 2.5.a. van het Besluit zorgverzekering).

- Voor Visuele ZG-zorg heb je een verwijzing nodig van een medisch specialist op grond van de evidence based NOG richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing.
- Is bij jou in het verleden de ZG stoornis al vastgesteld door een klinisch fysicus audioloog, oogarts of medisch specialist en ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG stoornis is opgetreden? Dan mag je ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts. Er is geen nieuwe verwijzing nodig voor verzekerden met een visuele beperking met een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11).

Medische eindverantwoordelijkheid

De medische eindverantwoordelijkheid dient als volgt door de aanbieder ingevuld te worden:

- Bij een auditieve en/of communicatieve stoornis:
Een BIG-geregistreeerde GZ-psycholoog is altijd eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan. Voor kinderen en jeugdigen tot 23 jaar kan ook een orthopedagoog-generalist eindverantwoordelijk zijn voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.
- Bij een visuele stoornis:
Een oogarts of BIG-geregistreeerde GZ-psycholoog is altijd eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.

Het Besluit zorgverzekering kun je vinden op www.wetten.overheid.nl.

Machtigingsvereiste bij verblijf

Als er sprake is van verblijf dat geleverd wordt in combinatie met ZG-zorg, dan moet jij of je zorgaanbieder namens jou voor de start van het verblijf een machtiging bij ons aanvragen. Om deze machtiging af te kunnen geven ontvangen wij:

- een verwijsbrief zoals hierboven beschreven bij 'Verwijzing';
- het voorgestelde behandelplan;
- een onderbouwing voor de reden van het verblijf volgens het Indicatieprotocol Zintuiglijk Gehandicapten;
- een indicatie voor de verwachte duur van het verblijf.

Je aanvraag wordt vertrouwelijk behandeld. Je kunt deze sturen naar onze medisch adviseur:

Ditzo

t.a.v. medisch adviseur ZG

Postbus 2072

3500 HB UTRECHT

Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'

Of per mail naar: zorg.medisch@ditzo.nl

Wij vergoeden geen:

- onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar);
- de zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingstoornis vanaf 23 jaar.

Artikel 19 Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- zorg die vanuit de Wlz, Jeugdwet, Wmo of andere wettelijke regeling(en) voor vergoeding in aanmerking komt;
- eigen bijdrage die je betaalt volgens de Wlz, Wmo of voor bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- behandelingen in een privékliniek;
- vaccinaties tegen griep;
- alternatieve geneeswijzen;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de verzekerde, als deze niet medisch noodzakelijk is;
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte tijdens een reis;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel gaas bij verloskundige zorg;
- kosten omdat je niet op een afspraak bij een zorgverlener bent verschenen;
- consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;

- volledige schade als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar. Je krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de NHT. Op grond van artikel 33 en 55 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan de overheid als gevolg van een catastrofe, zoals terroristische handelingen, een extra bijdrage leveren aan de zorgverzekeraars en hun verzekerden.

Clausule Terrorisme

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).
De tekst van de clausule terrorismedekking kun je bij ons opvragen.

Contactgegevens

Ditzo

www.Ditzo.nl/zorgverzekering

WhatsApp: 06- 516 777 01

SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam

Telefoon + 31 (0)20 651 51 51

E-mail info@sosinternational.nl